

2011年度版
インフルエンザ予防接種問診票

※65歳以上の方は別の問診票を使用してください。
※由布市在住の方は別の問診票がありますのでお申し出ください。



医療法人 優心会
ハートクリニック
内科／小児科／循環器内科／消化器内科／
形成外科／皮膚科／呼吸器科
〒870-1136 大分市光吉台17-280

接種日	11/6 ・ 11/27 ・ 12/11	左記以外の接種日 月 日										
体温	℃	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">クリニック使用欄</th> </tr> <tr> <td>3歳以上・0.5ml</td> <td>3歳未満・0.25ml</td> </tr> <tr> <td>料金</td> <td>／ 1回あたり3,500円 (2回目も同価格)</td> </tr> <tr> <td>回数</td> <td>／ 中学生未満は2週間以上空けて2回接種 中学生以上は1回接種</td> </tr> <tr> <td colspan="2">特記事項</td> </tr> </table>	クリニック使用欄		3歳以上・0.5ml	3歳未満・0.25ml	料金	／ 1回あたり3,500円 (2回目も同価格)	回数	／ 中学生未満は2週間以上空けて2回接種 中学生以上は1回接種	特記事項	
クリニック使用欄												
3歳以上・0.5ml	3歳未満・0.25ml											
料金	／ 1回あたり3,500円 (2回目も同価格)											
回数	／ 中学生未満は2週間以上空けて2回接種 中学生以上は1回接種											
特記事項												
氏名	カタカナで記入ください											
年齢	大人(中学生以上) 歳											
	小児(小学生以下) 歳 今回の接種は 1回目・2回目・2回目(1回目は他所で接種済)											
電話番号												
保護者氏名 (小児のみ)												

1. 現在、具合の悪いところがありますか?	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
2. 現在、治療中の病気がありますか?	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
3. 30日以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか?	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
4. 30日以内に、はしか・風疹・おたふくかぜ・みずぼうそうなどにかかりましたか?	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
5. これまでに予防接種を受けて気分が悪くなったことがありますか?	いいえ・はい
6. 卵アレルギーがありますか?	いいえ・はい
7. 妊娠していますか?もしくは可能性がありますか?	いいえ・はい
8. 事前に医師に伝えたいこと、質問があればお知らせください。	

<予防接種を受ける際の注意事項>

- ① 体温が37.5℃以上の場合は接種できません。
- ② 自宅で体温を計測して問診票を完成させて来場願います。
- ③ 乳幼児の母子健康手帳への記入は行いません。(持参は不要です) 接種ロットをお知らせしますので各自での記入をお願いいたします。小児は1週間から4週間の間隔をあけて2回接種してください。
- ④ 来場の際は、そでを捲り上げ易い上着を着用してください。
- ⑤ 当日は一時的に混雑するかもしれませんので、時間に余裕を持って来場してください。
- ⑥ 地図は当クリニックホームページ(www.heart-cl.com)にて閲覧できます。
- ⑦ 当日、クリニック正面の駐車場は一方通行となります。(右図参照)
- ⑧ 駐車場内での事故や盗難等については一切の責任を負いかねます。

<駐車場のご案内>

正面駐車場は一方通行としますのでご注意ください。

