

予防接種受付票

名前 _____ (_____ 才)

☆本日受ける予防接種に○を付けてください。

5種混合	肺炎球菌	B型肝炎	ロタ	四種混合	ヒブ	日本脳炎
麻疹・風疹	水痘	おたふく	二種混合	子宮頸癌	インフル	その他

☆最初に受付で熱をはかってもらって下さい。 (_____ 度)

- (1) 1週間以内に37.5℃以上の発熱がありましたか? はい いいえ
 (医師から本日の予防接種を受けて良いと言われましたか?)
 はい いいえ

- (2) 4週間以内に予防接種を受けましたか? はい いいえ
 「はい」の方は、該当の予防接種に○して下さい。
 (ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 日本脳炎 二種混合
 ロタ MR(麻疹・風疹) 水痘 おたふく インフルエンザ
 新型コロナワクチン(1回目→ 月 日、2回目→ 月 日)
※ 接種予定日(予約日)もご記入下さい。
 その他 (_____)

- (3) 本日、診察も希望されますか? はい いいえ
 皮膚 咳 鼻水 その他 (_____) ↓

☆体重をご記入下さい… _____ Kg

※ 本用紙+診察券+母子手帳+問診票をそろえてから、窓口で受付して下さい。