

〔インフルエンザ ①・２〕 予防接種予診票

住 所		診察前の体温			度 分
受ける人の氏名		電 話 番 号			—
保 護 者 の 氏 名		男 女	生年 月 日	S・H・R・ 歳	年 月 日 ヶ月

[illegible]

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか　（ はい ・ 見合わせます ）　保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	接種年月日	年	月	日
ワクチン名 インフルエンザ HA ワクチン Lot No.	(皮下接種) (右 ・ 左) 0.25 ・ 0.5 m l	実施場所 愛媛県伊予郡松前町恵久美 792-1 医 師 名 むかいだ小児科 向田 隆通 武田 陽子 千阪 綾			

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎等の感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。