



# 予防接種をお受けになる方へ

I D \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

(      歳      ヶ月 )

## 1. 最後に接種したワクチンについてお答えください。

接 種 日	年 月 日
接種したワクチン	
接種した場所	成城木下病院 ・ 他院もしくは市区町村

## 2. 本日診察のご希望はありますか？

( はい ・ いいえ )

「はい」の方はご希望の診察内容をお書きください。

予防接種の予約時間内での身長・体重測定はご遠慮いただいています。  
あらかじめご了承ください。

ご記入ありがとうございました。

成城木下病院

# 受付確認票

来院日 年 月 日

	氏名	体温
受診者		°C
保護者 もしくはお付添の方		°C

新型コロナウイルス感染拡大防止の為、以下の事項を全て確認し口にチェックをしてください。

受診者本人、同居家族全員以下の全ての項目に、該当しません。

- ・ 10日以内に、発熱(37.5°C以上)、のどの痛み、咳、痰、倦怠感、呼吸苦、味覚障害、嗅覚障害、下痢を伴う腹痛、頭痛など症状がある。
- ・ 10日以内にコロナ陽性と診断を受けている。
- ・ 7日以内に海外の渡航歴がある。
- ・ 同居する家族や身近な知人に感染が疑われている方がいる。
- ・ 保健所もしくは医師の判断により、コロナの濃厚接種者と言われている。

◇ インフルエンザワクチンについて

- 当院で接種希望    他院で接種希望    接種済    接種を希望しない