

* このメールをみて接種日を振り分けていきます。きちんと返答してください

名前 () フリガナ () 生年月日 ()

携帯番号 (- -) 当院の ID 番号 () もしあれば

問 1-1. 脳や心臓や血管の持病がある はい or いいえ

問 1-2 はい の人は 病名

問 2. アトピー性皮膚炎、気管支喘息で現在治療を受けている はい or いいえ

問 3. 日常生活で明らかにアレルギー反応を起こすもの、血液検査でアレルギー陽性反応を起こすものを全て書いて下さい

問 4. ハチなどの虫刺されや薬などでアナフィラキシーのような強いアレルギー症状を起こしたことがある はい or いいえ

問 5-1. インフルエンザワクチンなど他の予防接種で副反応を起こしたことがある
はい or いいえ

問 5-2. はい の人はどのような症状か、できるだけ具体的にお答えください

問 6-1. 化粧品でかぶれたことがある。 はい or いいえ

問 6-2. はい の人はどのような症状か、できるだけ具体的にお答えください

問 7. ワクチン接種日に希望がある(希望に添えない場合がありますができるだけ具体的に。

2回目接種は原則3週間後です。それも考慮してください)

その他、なにか伝えておきたいことがあれば。書いておいてください。

(注意事項)

返答を見て必ず返信しますので具体的な接種日程は、メールの連絡をもうしばらくお待ちください。