

インフルエンザワクチン接種の方向 診察処方希望用紙



詳しい診察や検査等是对应できないため、定期的に処方されているお薬(症状が安定している方)、またはこれまでに処方歴のあるお薬などを対象としています。

ご記入のうえ、保険証・まるふくと合わせて受付に出してください。

診察券番号：

お名前：

さん

生年月日：

体重：

昭和
平成 年 月 日
令和

kg

症状：

診察希望(接種1週間以内に症状がある方で接種可否の判断)

処方希望

いつからどんな症状が出ているか具体的に
例：舌下免疫定期受診・手足の乾燥 関節部の赤みとかゆみ等

希望の薬：

例：シダキュア・ヒルドイドクリームなど

- 診察の結果、希望のお薬が処方されない場合があります。
- 症状によっては、再診が必要になる場合があります