

予診票その2

12歳以上の方は、ご記入ください。

氏名： _____ 年齢 _____

コロナワクチン接種前後2週間は、他のワクチン接種を控えることになっています。
コロナワクチン接種日（接種予定日）を確認のうえ、下記を記入してください。

- 2週間以内にコロナワクチンの接種を受けましたか？
はい いいえ
- 2週間以内にコロナワクチンの接種を受ける予定はありますか？
はい いいえ

※ 「はい」に該当する場合は、インフルエンザワクチン接種日を変更しますので、
スタッフにお申し出ください。