

電話番号 072-484-0007
連絡時間 平日14:00~17:00

新型コロナウイルスワクチン接種指示書(他院用)

年 月 日

(紹介元医療機関名)

(電話番号)

(医師氏名)

(申込担当者名)

フリガナ		当院受診歴	あり ・ 無し
患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	電話番号	
患者住所	〒 -	携帯電話	

ハイリスク者と判断した理由	<input type="checkbox"/> 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある為
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスワクチンの成分(PEG、ポリソルベート等)に対してアレルギーを呈するおそれのある為
	<input type="checkbox"/> コントロール不良の喘息がある為
	<input type="checkbox"/> その他()
追記事項	