

インフルエンザ（高齢者）予防接種 予診票

				診察前の体温		度		分	
住 所									
フリガナ		※市町から通知されている場合は記載 住民番号				市・町		男・女	
受ける人の氏名						生年 月 日		大正・昭和	
								年 月 日生	
		電 話 ()						(満 歳)	

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要なところに記入してください。

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1 今日のインフルエンザ予防接種について市町から配られている説明書を読みましたか		いいえ	はい	
2 今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか		はい	いいえ	
3 現在、何か病気にかかっていますか 病名()		はい	いいえ	
4 治療(投薬など)を受けていますか		はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか		はい	いいえ	
5 免疫不全と診断されたことがありますか		はい	いいえ	
6 今日、体の具合が悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()		はい	いいえ	
7 ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか		はい	いいえ	
8 今までにインフルエンザの予防接種を受けたことはありますか		はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか		はい	いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか		はい	いいえ	
10 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名()		はい	いいえ	
11 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日(年 月 日)		はい	いいえ	
12 今までに、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか		はい	いいえ	
13 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
14 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		はい	いいえ	
15 今日の予防接種について質問がありますか		ある	ない	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）

本人又は家族に対し予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

インフルエンザ予防接種希望者（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

（ 希望します ・ 希望しません ）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 本人自署

※自署できない場合は家族等が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載

使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日	接 種 済 証 発 行 の有無
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) 0. 5ml	医療機関 所 在 地 名 称 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日	有 ・ 無