高齢者インフルエンザ（定期）予防接種予診票

▼これは、予防接種を受ける方の健康調査です。下の太枠のすべての項目について、○印および必要事項を記入してください。

診察前の体温	度　　分

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 大正・昭和　　年　　月　　日生（満　　歳）	男・女	住　所（住民票のある住所を記入してください。） 電話（　　－　　－　　）

質　問　事　項	回　答　欄		医師欄
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている**説明書**を読みましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか ・病名を書いてください。　病名（　　） ・治療（投薬など）を受けていますか ・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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
今日、体に具合の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　　症状（　　）	はい	いいえ	
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①その際に具合が悪くなったことはありますか　症状（　　） 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がありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
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	
１か月以内に予防接種を受けましたか ・予防接種の種類　（　　）	はい	いいえ	
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（　　） 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言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
最近１か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

＊　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　）

本人に対して、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、説明した。

医師署名又は記名押印

使用ワクチン名	接　種　量	実施医療機関・医師名	接種年月日 又は 不可年月日
ワクチン名 Lot　No.	(皮下接種) 0.5㎖		令和　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種希望書（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。

（　**接種を希望します**　・　**接種を希望しません**　）

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。（自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。）

令和　　年　　月　　日　**被接種者自署**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 筆 者 自 署　　**（続柄：　　）**

医療機関記入欄　（下記については、医療機関の方がご記入ください。）

※減免者の確認　　□　一般（有料）　□　非課税世帯（非課税世帯証明書の添付）

□　生活保護者（ケース番号 No.　　）

※６０～６５歳未満の場合（証明書の添付又は記載　　病名：　　手帳番号：　　）