

平成29年度 **郡山市高齢者等インフルエンザ予防接種予診票** (広域予防接種用)

ふりがな		男 ・ 女	診察前の体温	
受ける人の氏名			度	分
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)
住所	郡山市		電話番号( - )	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 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	
2 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	
3 現在、何か病気にかかっていますか。(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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
4 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5 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。( )	はい	いいえ	
6 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はありますか。	はい	いいえ	
7 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか。(症状 )(接種後 日目)	はい	いいえ	
8 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。 予防接種名( ) 症状( )	はい	いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 接種月日( 月 日 )	はい	いいえ	
11 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	いいえ	
12 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	
13 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。		医師署名または記名押印	

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
製造所名	(皮下接種)	医療機関コード	
LotNo.		実施場所	
最終有効年月日	ml	医師名	
		接種年月日	平成 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、インフルエンザの予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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、本予診票が市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 **被接種者(本人)自署:**

(※本人が自署できない場合は、代筆者が被接種者(本人)名を署名し、代筆者氏名及び本人との続柄を記載してください。)

代筆者氏名: \_\_\_\_\_ 続柄:( ) \_\_\_\_\_