

三春町インフルエンザ予防接種予診票(高齢者用)

			診察前の体温	度	分	
住所	三春町					
ふりがな		男 女	生年月日	明治	年 月 日	
受ける人の氏名				大正		
電話番号				昭和		(満 歳)

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、市町村などが提供している情報を読みましたか。	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よいといわれましたか。	はい いいえ はい いいえ 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。 具体的な症状を書いてください。()	はい いいえ	
6 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() その病気をみ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 はい いいえ	
7 1ヶ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	
8 新型インフルエンザ又は季節性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はありますか。	はい いいえ はい いいえ	
9 インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類()	はい いいえ	
10 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	
11 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの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、本予診票が町に提出されることに同意します。
平成 年 月 日
被接種者署名: 代筆者氏名: 被接種者との続柄:
(※自署できない場合は、代筆者が被接種者名を署名し、代筆者名、被接種者との続柄についても記載してください。)

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名	ml	実施場所
Lot No.		医師名
有効期限		接種年月日 平成 年 月 日