

# 会津若松市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温 度 分

住所	会津若松市		連絡がとれる電話番号	
氏名	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日
			接種日の年齢 歳	

60歳以上65歳未満で、身体障がい者手帳1級の方は該当箇所にチェック( 心臓 腎臓 呼吸器 ヒト免疫不全 )

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日のインフルエンザ予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
薬や食品で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。 ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span> はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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。 ②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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span> はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span> はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 いつ頃( ) 理由等( )	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( ) 接種日( 月 日 )	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
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 <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <span style="margin-left: 20px;">いいえ</span>	

【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、予防接種の効果や副反応及び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

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、インフルエンザワクチンの接種を  
( 希望します ・ 希望しません ) ○をつけてください  
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。このことをご理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。(自署できない方については、代筆者名と続柄も記入してください)

平成 年 月 日 本人自署 代筆者名 続柄

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	自己負担	医療機関名	
メーカー名	0.5 ml ( )	有 ・ 無	接種医師名	
Lot No. 有効期限	接種年月日		医療機関コード	