

下郷町インフルエンザ予防接種予診票

住 所	下郷町大字 字			診察前の体温	度	分
				電話番号	()	
氏 名		男・女	生年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日のインフルエンザの予防接種について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作用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()	はい いいえ	
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、予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 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。 症状を書いてください()	はい いいえ	
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	
インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	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で具合悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名()	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()	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もよいと言われましたか。	はい いいえ	
最近1か月以内に熱がでたり、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何か質問がありますか。	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)と判断します。 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ました。 <div style="text-align: right;">医師署名又は記名押印</div>
---------------	---

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種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、本予診票が下郷町に提出されることに同意します。 平成 年 月 日 被接種者自署 (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

医療機関記入欄				
ワクチンロットNo.	接種量	接種年月日	医療機関名	接種医師名
	ml			

キ リ ト リ

下郷町インフルエンザ予防接種済証

氏 名	接種年月日	ロットNo.	医療機関名	接種医師名