

インフルエンザ予防接種予診票

診 察 前 の 体 温

度 分

住 所			
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	大 正 ・ 昭 和	年 月 日 生 (満 歳)	
今年の11月以降、インフルエンザ予防接種を受けましたか。(受けた・受けない)			

※太枠の中の質問事項を読み記入してください。

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文(裏面)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()	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	
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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
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	
インフルエンザの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はありますか。	はい	いいえ	
② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が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	
一ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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。	はい	いいえ	
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良いと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病 名()			
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) 医師署名又は記名押印		

【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、この予診票が町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名 _____

(※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)

ワクチン名・ロット番号・有効期限	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot 有効期限 年 月 日	mL	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日