

広野町高齢者インフルエンザ予防接種予診票

フリガナ 氏名		男 ・ 女	診察前の体温 度 分
住所・電話	広野町	☎	()
生年月日	大正・昭和	年 月 日生	(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	
今日の受ける予防接種について効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何かの病気にかかり、治療(投薬など)を受けていますか。 病名 ()	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良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。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
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	
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	
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	
1か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	
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か月以内に熱が出たり、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 (**実施できる** ・ **見合わせた方がよい**) 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をしました。

医師署名又は記名押印

(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・説明受け、予防接種の効果や目的・重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度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** ・ **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。

令和 年 月 日 本人署名 (代筆者署名) (続柄)

※被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入

<メーカー名>	医療機関名	接種区分
<ロット番号記入又はシール貼付>	右・左 医師名	一 生 般 保
<有効期限> 年 月 日 ml	接種年月日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分	