

インフルエンザ予防接種予診票(65歳以上)

◎太線の中を記入して下さい。

該当区分	<input type="checkbox"/> 接種日において65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日において60歳以上で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害1級保持者					
住所	只見町大字 字			診察前の体温	度 分	
				電話番号	()	
氏名	性別	男女	生年月日	大正 昭和	年 月 日	
					(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町から配られている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反応など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はありますか	はい いいえ	
今日、身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	
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カ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	
1カ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	
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	はい いいえ	
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	
これまでに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	
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	
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	
ひきつけ(けいれん)を起したことがありますか	はい いいえ	
※そのとき熱がでましたか	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	

インフルエンザ予防接種希望書
 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 ・ 希望しません)。
 この予診票は予防接種上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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署 (続柄)

(※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 せ る)。 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、説明した。 <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印</p>
-------	--

ワチノット No.	接種量	個人負担	接種場所・医師名・接種年月日
メーカー名	m l	有・無	医療機関名：
Lot.No.		<input type="checkbox"/> 一般高齢者	医 師 名：
有効期限		<input type="checkbox"/> 生活保護	接種年月日： 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種済証

接種を受けた者	
住所	只見町大字 字 番地
接種日	令和 年 月 日
接種料金	円

福島県南会津郡只見町長