

【双葉町】 令和3年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票（兼実施報告書）

		診察前の体温	度	分
住 所	双葉町大字			
(避難先住所)	福島県			
氏 名	(男・女)		電話番号	
生年月日	大正・昭和	年	月	日 (満 歳)

60歳以上65歳未満で、身体障害者手帳1級保有者の方は、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	
現在何か病気にかかっていますか。病名（ 治療（投薬など）を受けていますか。 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	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（ ） 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	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	
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（ ）	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予防接種を受けたことがありますか。 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）をおこしたことがありますか。 そのとき熱がでましたか。（ 度 分）	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、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、インフルエンザの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・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、本予診票が住所地市町村に提出されることを同意します。  
※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記入してください。

令和 3年 月 日 被接種者自署 代筆者名 続柄

使用ワクチン名	接種量	自己負担	実施場所・接種医師名・接種年月日
メーカー Lot No. 有効期限	皮下接種 0.5ml (左・右)	有・無	実施場所 医師名 接種年月日 令和3年 月 日