

葛尾村季節性インフルエンザワクチン予防接種予診票

		診察前の体温		度	分
住 所	福島県双葉郡葛尾村大字 字				
ふりがな		男・女	電話		
氏 名					
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村からの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。	はい	いいえ	
病名 ()			
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。()			
薬や薬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	
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はありますか。	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	
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 ）
	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制度について説明した。
医師署名又は記銘押印	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	m l	実施場所	
LOT No.		医師名	
有効期限		接種年月日 年 月 日	
(注) ※有効期限が切れていないか確認			

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うえで、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。

このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 _____

代筆者署名 _____（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）