

インフルエンザ予防接種予診票

<高齢者対象>

		診察前の体温		度 分	
住 所					
ふりがな		男・女	電話番号		
氏 名					
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日のインフルエンザの予防接種について市村から配られている説明文(裏面)を読みましたか	はい	いいえ	
2. 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	
3. 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	はい	いいえ	
3.で「はい」の方 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	聞いていない
4. 免疫不全と診断されたことがありますか	ある	ない	
5. 今日、体に具合の悪いところがありますか、具体的に症状を書いてください 下痢・鼻水・咳・湿疹・その他() いつから(/)	ある	ない	
6. 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 病名() 期間(/ ~ /)	はい	いいえ	
7. 1ヶ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	
8. 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	
8.で「はい」の方 その際に具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
9. 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	
9.で「はい」の方 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	聞いていない
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある	ない	
11. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	ある	ない	
12. 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 予防接種の種類()	ある	ない	
13. 今日の予防接種について質問がありますか 質問内容()	ある	ない	
被接種者記入欄 インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください。) 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、上記のワクチンの接種を希望しますか。 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、本予診票が市村に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 本人署名 代筆者氏名 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)	接種を希望します	接種を希望しません	

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救済制度などについて、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日 ・ 接種時間
メーカー名	0.5 ml	実施場所
Lot.No.		医師名
		接種年月日 令和 年 月 日 接種時間 :