

会津若松市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※会津若松市に住民登録のない方は対象外です

診察前の体温

度 分

住 所	会津若松市			連絡がとれる電話番号		
氏 名	男 ・ 女	生 年 月 日	明 治 大 昭 和	年 月 日		
				接種日の年齢 歳		

60歳以上65歳未満で身体障がい者手帳1級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市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()	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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください()			
薬や食品で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を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
いつ頃() 理由等()			
最近1か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() 接種日(月 日)			
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。	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、予防接種の効果や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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、インフルエンザワクチンの接種を
(希望します ・ 希望しません) ○をつけてください

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。このことをご理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。(自署できない方については、代筆者名と続柄も記入してください)

令和 年 月 日 本人自署

代筆者名

続
柄

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	自己負担	医療機関名 施設名	
メーカー名	(0.5 ml)	有 ・ 無	接種医師名	
Lot No. 有効期限	接種年月日		医療機関コード	