

高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票【1回のみ】

※次に当てはまる人は、□にチェックを入れてください。

60歳～64歳で一定の障がいをする人 生活保護世帯

診察前の体温

度 分

住所	電話 () -				
ふりがな		男	生年月日	大正・昭和	年 月 日
氏名		女		(満	歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について「インフルエンザ予防接種説明書」を読み、効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
今日、ふだんと比べて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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その時に具合が悪くなったことはありますか。 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がありますか。 予防接種の種類 ()	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 () ①治療（投薬など）を受けていますか。 ②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 はい はい	いいえ いいえ 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 () いつ頃 (月 日)	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 () 医師の診察を受けた場合、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か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () 接種日 (月 日)	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	
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	
薬や食品で発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	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。()歳頃 その時に熱が出ましたか。	はい はい	いいえ 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	

【高齢者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、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性等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・希望しません）※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

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

本人の自署

本人が自署できない場合は、原則として
家族が本人の氏名を代筆してください。

代筆者氏名

(続柄)

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・目的、副反応並びに理由（ 予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

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	(皮下接種)	医療機関名
Lot No.	右・左	医師名
有効期限	0.5 ml	接種年月日 令和 年 月 日 時 分