

様式 7

喜多方市 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※喜多方市に住所のある方のみ使用できます。太線の枠内をご記入ください。

該当区分 接種日において65歳以上 接種日において60歳以上65歳未満で心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全による身障手帳1級所持

住所	喜多方市				診察前の体温	度	分
					電話番号	—	
受ける人の氏名	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日 (満 歳)
60歳以上65歳未満の方は、手帳所持の項目について右欄を○で囲んでください。					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の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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 ()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
治療 (投薬など) を受けていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日体に具合の悪いところがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
具合の悪い症状を書いてください。()		
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
病名 ()		
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

【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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに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

【インフルエンザ予防接種希望書】

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を (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、本予診票が市町村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・有効期限	接種量	個人負担	医療機関名・接種医師・接種年月日
メーカー名 Lot No. 有効期限	m l	有 ・ 無 無の場合いづれかに✓ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯	医療機関名 接種医師 接種年月日