

65歳以上の者、60歳以上65歳未満で基礎疾患を有する者

柳津町 インフルエンザ予防接種予診票

住所	河沼郡柳津町大字			診察前の体温	度	分
				電話番号		
氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 (満 歳)		

60歳以上65歳未満で基礎疾患を有する方は、○をつけてください。( 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、町等が提供している情報を読みましたか。	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)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	
具体的な症状を書いてください。( )			
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 ( )			
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか。 病名 ( )	はい	いいえ	
最近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	
新型インフルエンザ又は季節性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	
その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
これまでに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。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ( )			
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	
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	
そのとき熱は出ましたか。	はい	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	

医師記入欄	<p>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 )</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印</p>
-------	--

**【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うえで、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。このことをご理解のうえ、本予診票が住所地市町村に提出されることに同意します。

平成 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	医療機関名		接種量	
メーカー名				
Lot No.	接種医師名		接種年月日	