

川俣町インフルエンザ予防接種予診票

インフルエンザ

※2 枚合わせて太枠内を記入してください

予診前の体温		度	分
住 所	川俣町 <small>※町外へ転出した場合は、この予診票をご使用になれません。</small>	電話	
受ける人の氏名		男 ・ 女	
生 年 月 日	大正 ・ 昭和	年	月 日 生(満 歳)
			生活保護

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、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	→ 説明済
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	→ 説明済
3.現在、何か病気にかかっていますか。(認知症等も含みます) 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 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	
4.免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5.今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
6.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	
7.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その際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の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
8.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	
9.1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の名前()	はい	いいえ	
10.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() 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	
11.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()	はい	いいえ	
12.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 以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる:理由)
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について説明した
医師署名または記名押印

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。

町の予防接種の説明書を読み、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、健康被害救済制度等について理解したうえで、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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、本予診票が川俣町に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 (接種者本人) _____

※自署できない場合は、代筆者が署名し、必ず下記の項目もご記入ください。

※ 代筆者は、必ず本人の意思を確認のうえ署名し、代筆者本人が理由及び氏名、続柄、連絡先を記載すること

代筆理由 (該当するものに○をつけ、記入してください。)

①認知症等により、意思は確認できたが自署が困難なため ②その他 (具体的な理由:)

※①の場合、代筆者は被接種者が接種後に救済措置が必要な場合は、その責任を負える者としてください。

代筆者名 _____ 被接種者との続柄 _____ すぐ連絡できる連絡先 _____

(医療従事者は、代筆できません。)

使用ワクチン Lot No.	接種場所・接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
使用ワクチン Lot No.	0.5 ml 皮下	実施場所 医師名
有効期限 年 月 日	左 ・ 右	接種年月日 年 月 日

2枚合わせて、太わく内を記入し、医療機関へお持ちください。(複写)

川俣町インフルエンザ予防接種予診票

インフルエンザ

※2 枚合わせて太枠内を記入してください

予診前の体温 度 分

住 所	川俣町 <small>※町外へ転出した場合は、この予診票をご使用になれません。</small>	電話
受ける人の氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	生活保護

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、説明書を読みましたか。	はい いいえ	→ 説明済
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	→ 説明済
3.現在、何か病気にかかっていますか。(認知症等も含みます) 病名() 治療(投薬など)を受けていますか。 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 はい いいえ はい いいえ	
4.免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
5.今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ	
6.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	
7.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その際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の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
8.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	
9.1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の名前()	はい いいえ	
10.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() 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 はい いいえ	
11.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()	はい いいえ	
12.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 以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる:理由)
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について説明した
医師署名または記名押印

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。

町の予防接種の説明書を読み、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、健康被害救済制度等について理解したうえで、接種を希望しますか。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)
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、本予診票が川俣町に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 (接種者本人) _____
※自署できない場合は、代筆者が署名し、必ず下記の項目もご記入ください。

※ 代筆者は、必ず本人の意思を確認のうえ署名し、代筆者本人が理由及び氏名、続柄、連絡先を記載すること
代筆理由 (該当するものに○をつけ、記入してください。)
①認知症等により、意思は確認できたが自署が困難なため ②その他 (具体的な理由:)
※①の場合、代筆者は被接種者が接種後に救済措置が必要な場合は、その責任を負える者としてください。

代筆者名 _____ 被接種者との続柄 _____ すぐ連絡できる連絡先 _____
(医療従事者は、代筆できません。)

使用ワクチン Lot No.	接種場所・接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
使用ワクチン Lot No.	0.5 ml 皮下	実施場所 医師名
有効期限 年 月 日	左 ・ 右	接種年月日 年 月 日

2枚合わせて、太枠内を記入し、医療機関へお持ちください。(複写)