

【双葉町】 令和4年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票 (兼実施報告書)

		診察前の体温	度	分
住 所	双葉町大字			
(避難先住所)	福島県			
氏 名	(男・女)		電話番号	
生年月日	大正・昭和	年	月	日 (満 歳)

60歳以上65歳未満で、身体障害者手帳1級保有者の方は、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
	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について町から配られている説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
現在何か病気にかかっていますか。病名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
治療 (投薬など) を受けていますか。	<input type="checkbox"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
具体的な症状を書いてください。( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
病名 ( )	<input type="checkbox"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
病名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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はありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
そのとき熱がでましたか。( 度 分)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/>	<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、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、インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 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、本予診票が住所地市町村に提出されることを同意します。  
※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記入してください。

令和 年 月 日 被接種者自署 代筆者名 続柄

使用ワクチン名	接種量	自己負担	実施場所・接種医師名・接種年月日
メーカー Lot No. 有効期限	皮下接種 0.5ml ( 左 ・ 右 )	有 ・ 無	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日