

# インフルエンザ予防接種予診票

	診察前の体温	度 分
住 所	電 話	-
氏 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	明治・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市町村から配られている説明書を読みましたか。	は い    いいえ	
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	
3. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	は い    いいえ	
治療 (投薬など) 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	
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. 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	
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。	は い    いいえ	
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ヵ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	
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 ( )	は い    いいえ	
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ヵ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、説明した。 <div style="text-align: right;">医師の署名又は記名押印</div>
--------	---

**予防接種希望書** (医師の診察の結果、接種が可能と診断された後にご記入ください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ( 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。

令和 年 月 日 接種を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_

(代筆した方の氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )

※自署できない方は代筆者が署名してください。(医療従事者は代筆できません)

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施医療機関名、医師名、接種年月日
メーカー名	0.5 ml	医療機関名
Lot No	皮下	医 師 名
有効期限	左 ・ 右	接種年月日 令和 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)

# インフルエンザ予防接種予診票

	診察前の体温	度 分
住 所	電 話	—
氏 名	男 ・ 女	
生 年 月 日	明治・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市町村から配られている説明書を読みましたか。	は い    いいえ	
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	
3. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	は い    いいえ	
治療 (投薬など) 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	
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. 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	
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。	は い    いいえ	
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ヵ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	
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 ( )	は い    いいえ	
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ヵ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、説明した。 <div style="text-align: right;">医師の署名又は記名押印</div>
--------	---

**予防接種希望書** (医師の診察の結果、接種が可能と診断された後にご記入ください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ( 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。

令和 年 月 日 接種を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_

(代筆した方の氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ )

※自署できない方は代筆者が署名してください。(医療従事者は代筆できません)

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施医療機関名、医師名、接種年月日
メーカー名	0.5 ml	医療機関名
Lot No	皮下	医 師 名
有効期限	左 ・ 右	接種年月日 令和 年 月 日 ( : )