

福島市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

接種当日65歳以上、または60～64歳一部疾患があるかた

診察前の体温(低い時は再測定)

住民登録 住 所	福島市			①	度	分	②	度	分
フリガナ				男・女	連絡がとれる電話番号 ()-()-()				
氏 名									
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	今日の予防接種について福島市からの説明書を読み、効果や副反応など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。 「はい」の方 病名【 】			いいえ	はい	
②	治療(投薬など)を受けていますか。			いいえ	はい	
	その病気を診てもらっている主治医または、かかりつけ医に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。			いいえ 聞いていない	はい	
③	免疫不全と診断されたことがありますか。			いいえ	はい	
④	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下さい。【 】			いいえ	はい	
⑤	ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。			いいえ	はい	
⑥	いままでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。			いいえ	はい	
	その際に具合が悪くなったことはありますか。【症状： 】			いいえ	はい	
⑦	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。			いいえ	はい	
⑧	けいれんを起したことがありますか。【 歳ごろ】			いいえ	はい	
⑨	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() 年 月 日			いいえ	はい	
⑩	今年10月以降インフルエンザの予防接種を受けましたか。			いいえ	はい	
⑪	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患の慢性疾患にかかったことがありますか。 「はい」の方 病名【 】			いいえ	はい	
	その病気を診てもらっている主治医または、かかりつけ医に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。			いいえ 聞いていない	はい	
⑫	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【 】【 】日前から治療中又は【 】日前に治った			いいえ	はい	
⑬	今日の予防接種について質問がありますか。			いいえ	はい	
⑭	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目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で接種することに同意しますか。			同意 します	同意 しません	

医師記入欄	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)と判断します。被接種者に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師署名(氏名印のときは認印)
-------	--

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。)

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。このことを理解した上で、本予診票が福島市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 接種を受ける方との間柄

※自署できないかた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。)

ワクチン名とメーカー名	接種量 (皮下接種)	接種年月日：令和 年 月 日	接種時間： 時 分
Lot No.	0.5 ml	医療機関名：	
最終有効期限 年 月 日	右・左	医師名：	

和暦(例：令和6年)もしくは西暦全て(例：2024年)

② 医療機関用

黒ボールペンで太枠内を記入してください。消えるペンは使えません。

医療機関記入欄