会津美里町

令和5年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票 (医療機関用)

該当者: 65歳以上の方
60歳以上65歳未満で心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全で身体障害者手帳1級の方
 (心臓 腎臓 呼吸器 ヒト免疫不全)

住 所	会津美里町			診察前 の体温	度 分
氏 名		男 女	電話番号	—	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)				

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説明書を読みましたか。	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。 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。 具合の悪い症状を書いてください。()	は い	い い え	
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	
薬や薬品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	は い	い い え	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 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	
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がありますか。 予防接種の種類()	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	
4週間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	
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いわれましたか。	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。 病名 ()	は い	い い え	
今日の予防接種について質問はありますか。	は い	い い え	

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) 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。 医師署名又は記名押印
-------	--

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。)
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチン接種を (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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※ 自署できない方については、代筆者が記入し代筆者名と続柄も記入してください。
 令和 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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	個人負担額
メーカー名 Lot No. 有効期限 年 月 日	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日	1,500円

会津美里町

令和5年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票 (医療機関用)

該当者: 65歳以上の方

60歳以上65歳未満で心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全で身体障害者手帳1級の方
(心臓 腎臓 呼吸器 ヒト免疫不全)

生活保護用

住 所	会津美里町			診察前 の体温	度 分
氏 名		男 女	電話番号	—	
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)				

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説明書を読みましたか。	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。 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。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
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	
薬や薬品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 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	
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がありますか。 予防接種の種類()	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	
4週間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	
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いわれましたか。	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。 病名 ()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

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) 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。 医師署名又は記名押印
-------	--

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。)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチン接種を (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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※ 自署できない方については、代筆者が記入し代筆者名と続柄も記入してください。
令和 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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	個人負担額
メーカー名 Lot No. 有効期限 年 月 日	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日	無 料

会津美里町

令和4年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票（高齢者施設用）

該当者： 65歳以上の方60歳以上65歳未満で心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全で身体障害者手帳1級の方（ 心臓 腎臓 呼吸器 ヒト免疫不全 ）

住 所	会津美里町			診察前 の体温	度 分
氏 名		男 女	電話番号	—	
生年月日	大正・昭和	年	月	日	（満 歳）

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説明書を読みましたか。	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。 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。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	はい	いいえ	
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	
薬や薬品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 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	
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がありますか。 予防接種の種類（ ）	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	
4週間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	
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いわれましたか。	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。 病名（ ）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

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） 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。 医師署名又は記名押印
-------	---

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。）			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチン接種を（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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※ 自署できない方については、代筆者が記入し代筆者名と続柄も記入してください。			
令和	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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	個人負担額
メーカー名 Lot No. 有効期限 年 月 日	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日	無 料