

インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度	分
--------	---	---

〈生保No.〉

住 所	南相馬市	TEL	
ふりがな		性 別	
氏 名		男 ・ 女	
		生年月日	☐ 明治 年 月 日生 ☐ 大正 ☐ 昭和 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今シーズンにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。(令和 年 月) (はい(2回目)の場合、全額自己負担です。)	は い いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について裏面の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。	は い いいえ	
病 名 ()		
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	
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。	は い いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()		
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	は い いいえ	
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	
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	
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	
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。	は い いいえ	
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	
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。	は い いいえ	
病 名 ()		
今日の予防接種について質問がありますか。	は い いいえ	

※予診票に署名がないと予防接種は受けられません。

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) 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。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No	(皮下接種)	実施場所
※有効年月日 年 月 日	0.5 ml	医 師 名
		接種年月日 令和 年 月 日 時 分

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。)

私は、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。
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で、本予診票が南相馬市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

接種を受けるかたの署名

代筆者名

続柄

(※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載)

インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度	分
--------	---	---

〈生保No. 〉

住 所	南相馬市	TEL	
ふりがな		性 別	
氏 名		男・女	
		生年月日	□明治 年 月 日生 □大正 □昭和 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今シーズンにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。(令和 年 月) (はい(2回目)の場合、全額自己負担です。)	は い いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について裏面の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。	は い いいえ	
病 名 ()		
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	
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。	は い いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()		
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	は い いいえ	
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	
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	
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	
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。	は い いいえ	
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	
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。	は い いいえ	
病 名 ()		
今日の予防接種について質問がありますか。	は い いいえ	

※予診票に署名がないと予防接種は受けられません。

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) 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。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No	(皮下接種)	実施場所
※有効年月日 年 月 日	0.5 ml	医 師 名
		接種年月日 令和 年 月 日 時 分

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。)

私は、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。
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で、本予診票が南相馬市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

接種を受けるかたの署名

代筆者名

続柄

(※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載)

インフルエンザ予防接種済証

て睡眠より急激に寒戦のするは、この受、アと大いなる肺実を断絶しそのせいでエヒデント
肺血管の体温。そして入浴して「精」がふるきつて票菊子の面赤、ゆきの予。つまり必要とする
質の點差群の市、而も露や晴羽の当世、それがあるところから代りてくるべきこと、さま

住 所 南相馬市

ふりがな

性別

□明治 年 月 日生

氏 名

男 · 女

生年月日 ☐大正

☐大正
☐昭和

(満 産)

ワクチンロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日

Lot No.

(皮下接種)

実施場所

醫師名

※有効年月日

年 月 日

0.5

ml

接種年月日 令和

年 月 日 時 分

福島県南相馬市長

福島県南相馬市長

