

インフルエンザ予防接種予診票
(高齢者用)

医療機関保存用

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住 所	飯館村	TEL	
ふりがな 氏 名		生年月日	明治 年 月 日生 大正 昭和 (満 歳)
	男・女		

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、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
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。 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
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。 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 は い は い	いいえ いいえ いいえ
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。 予防接種名 ()	は い	いいえ
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。 病名 ()	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）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。）

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、本予診票が飯館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)

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