【双葉町】 令和5年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票(兼実施報告書)

			診察前の体温		度	分
住 所	双葉町大字					
(避難先住所)	福島県					
氏 名			(男・女)	電話番号		
生年月日	大正 ・ 昭和	年月		(満	歳)	

60 歳以上 65 歳未満で、身体障害者手帳 1 級保有者の方は、該当箇所にチェック (□心臓 □腎臓 □呼吸器 □ヒト免疫不全)

日 事 項			<u></u>	
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 にいえ その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 はい いいえ 免疫不全と診断されたことがありますか。 具体的な症状を書いてください。 () にいえ 現体的な症状を書いてください。 () にいえ 病名 () での病気の主治医には、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 見体的な症状を書いてください。 () にいえ 病名 () にいえ 病名 () にいえ 病名 () にいえ がありますがら 病名 () にいえ がありますがら 病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 はい にいえ 扇近 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 () はい にいえ が接種の種類 () にいえ その際に具合が悪くなったことはありますか。 はい にいえ これまでにインフルエンザ又は季節性インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。 はい にいえ ア防接種の種類 () にいえ での際に具合が悪くなったことはありますか。 はい にいえ でいまでにアレルギーがありますか。 はい にいえ でうけいの肉や卵などにアレルギーがありますか。 はい にいえ でうしけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい にいえ でうしけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい にいえ できかけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい にいえ できつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい にいえ にいき	質 問 事 填	回答欄		医師記入欄
現在何か病気にかかっていますか。病名(今日のインフルエンザ予防接種について町から配られている説明書を読みましたか。	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いわれましたか。 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 見体的な症状を書いてください。(はい にいえ 異体的な症状を書いてください。(はい にいえ 病名 (はい たいえ 新名 (はい たいれ からを) からからとりしましたか。 はい たいえ 新名 (はい たいえ から から まずか。 はい たいえ その際に具合が悪くなったことはありますか。 はい たいえ でいまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 はい たいえ かきつけ (けいれん)をおこしたことがありますか。 はい たいえ できつけ (けいれん)をおこしたことがありますか。 はい たいえ そのとき熱がでましたか。(度 分)	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	
その病気の主治医には、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 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。 具体的な症状を書いてください。() はい いいえ 具体的な症状を書いてください。() はい いいえ 病名 () はい いいえ 別が出たり、病気にかかったりしましたか。 はい いいえ 病名 () はい いいえ おりますが当時を種を受けましたか。 はい いいえ 予防接種の種類 () はい いいえ 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 これまでにインフルエンザ又は季節性インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。 はい いいえ ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・ア・	現在何か病気にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
 免疫不全と診断されたことがありますか。 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。(治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	その病気の主治医には、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	
具体的な症状を書いてください。() 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	
具体的な症状を書いてください。(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(その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 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(最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類(新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザ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はありますか。 これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類(コレいえ これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類(コ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 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ 、 できつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 はい いいえ できつけ(けいれん)をおこし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	
病名(その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。 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(最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 方防接種の種類(かり 新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザ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はありますか。 これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 子防接種の種類(こりりの肉や卵などにアレルギーがありますか。 菜や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ できつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 くない にいえ	具体的な症状を書いてください。(160.	V .V ./C	
その病気の主治医には、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か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	
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(その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいス	
病名(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。	はい	いいえ	
予防接種の種類 () () () () () () () () () (病名()	10.0	0.000	
予防接種の種類(最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	(±(.)	いいえ	
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 これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 けいえ 予防接種の種類 () はい いいえ コ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 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ ひきつけ (けいれん)をおこしたことがありますか。 はい いいえ そのとき熱がでましたか。(度 分)	予防接種の種類())	1601	0 10 17 0	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 () はい いいえ コ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 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい いいえ そのとき熱がでましたか。(度 分) はい いいえ	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	
予防接種の種類 () はい いいえ コ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 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい いいえ そのとき熱がでましたか。(度 分) はい いいえ	これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	1+1 >	1.1.1.5	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい いいえ そのとき熱がでましたか。(度 分) はい いいえ	予防接種の種類(1401	01012	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい いいえ そのとき熱がでましたか。(度 分) 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	
そのとき熱がでましたか。(度 分) はい いいえ	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	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	そのとき熱がでましたか。(度 分)	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) 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。

医師の署名又は記名 押印

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、接種を希望しますか。 (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、本予診票が住所地市町村に提出されることを同意します。 ※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入してください。

令和 年 月 日 被接種者自署

代筆者名

続柄

使用ワクチン名	接種量	自己負担	実施場所・接種医師名・接種年月日			日
メーカー Lot No. 有効期限	_{皮下接種} 0.5 _{ml} (左・右)	毎・無	実施場所 医師名 接種年月日 令和	年	月	日