

65歳以上・60歳以上65歳未満で障がい者手帳1級(B類定期接種)

自己負担額:1,000円
(非課税世帯・生活保護世帯:無料)

接種期間:令和5年10月1日(日)～令和6年1月31日(水)

インフルエンザ予防接種予診票

住所	北塩原村				診察前の体温	度	分
					電話番号	—	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正		
受ける人の氏名					年 月 日(満 歳)		
					昭和		
60歳以上65歳未満で、機能障がいや身体障がい者手帳1級保有者の方はチェック					心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全		

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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()			
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	
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で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)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()	はい	いいえ	
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	
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	

【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

【インフルエンザ予防接種希望書】

医師の診察・説明を受け、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。
(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。

令和 年 月 日 本人自署 _____ 代筆者名 _____ 続柄 _____

※自署できない者は、代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	個人負担	医療機関名
メーカー名	ml	有 ・ 無	接種医師名
Lot No.			接種年月日
(注)有効期限がきれていないか確認			