

# 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※ 太枠内をご記入ください。

		診察前の体温	℃
住 所	宜野湾市	電 話 番 号	
氏 名			男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日	生 (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市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	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ( )	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。 「はい」と答えた方、いつ受けましたか。( 年 月)	はい	いいえ	
接種後に熱がでたり、具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
今までに予防接種 (インフルエンザ以外) を受けて、具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類 ( ) 症状 ( )	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ヶ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	
今までに心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液、呼吸器などの病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 病名 ( )	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	
1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。(感染症含む) 病名 ( )	はい	いいえ	
薬や食品で発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなっ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	

医師記入欄	※60歳以上65歳未満の対象者 (心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害を有する者) 接種者のみ記入 疾患名:
	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、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 ・ 接種を希望しません )

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

①被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が①被接種者名を署名し、以下に②代筆者氏名及び③被接種者との続柄を記載)

②代筆者氏名

③続柄

ワクチンロット 番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日 ※接種を見合わせた場合 (予診のみ) でも、実施場所等について、下記欄へご記入下さい。
Lot No		実施場所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日 予診のみ年月日 令和 年 月 日
	mℓ	