

インフルエンザ予防接種予診票

	診察前の体温	度 分	自己負担金
住 所	(現在、住民登録している住所をご記入下さい)※ Tel		1 徴収した(1,490円)
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	2 免除(生活保護)
生年月日	(西暦)	年 月 日生	(満 歳)

※住所の記載に間違いがあれば、健康被害救済制度を受けることができない場合があります。

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	あ る な い	
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()	あ る な 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	あ る な い	
インフルエンザの予防接種をうけたことがありますか	あ る な い	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	あ る な い	
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	あ る な い	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	あ る な い	
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	
循環器疾患、呼吸器疾患、肝疾患、腎疾患、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()	あ る な い	
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	あ る な い	

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) 見合わせる理由 () 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。 医師のサイン _____
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日	
メーカー名() Lot No.	0.5 ml	実 施 場 所 医 師 名	接 種 年 月 日 令 和 年 月 日
(注)有効期限がきれっていないか要確認			

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。
 このことを理解した上、本予診票が市町に提出されることに同意します。
 令和 年 月 日

被接種者自署 _____
 (※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載)

(キリトリ線)

インフルエンザ予防接種予診票済証 (本人の控えです 大切に保管しましょう)

予防接種を行った年月日 接種者住所
 西暦 年 月 日 接種者氏名 生年月日 年 月 日

接種医療機関名 _____ 代表者氏名または _____ 接種を行った医師名 _____ 印 _____