

高齢者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	
住民登録の 住所	山陽小野田市 Tel						1 1,490円		
							2 免除（生活保護）		
ふりがな		男	生年 月日	大正	年	月	日		
氏名		女		昭和	（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の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	はい	いいえ	
病名（ ）	はい	いいえ	
①治療（投薬など）を受けていますか	はい	いいえ	
②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	ある	ない	
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受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か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	
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	ある	ない	
病名（ ）	はい	いいえ	
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（ ）	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。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンメーカー名（ ）	接種量	実施場所
ワクチン Lot No	0.5ml	医師名
※有効期限が切れていないか要確認		接種年月日

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、本予診票が山陽小野田市に提出されることに同意します。

年 月 日

被接種者自署 代筆者 続柄

（※自署できない場合は代筆者（家族又は後見人等）が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）