

インフルエンザ予防接種予診票 (兼予防接種台帳)

※1 予診票は当日に記入してください。

※2 太枠内をペン又はボールペンではっきりとお書きください。(鉛筆書き不可)

住所 (必ず住民票の住所を記入してください)		電話番号	診察前の体温 (37度5分以上は接種不可)	度 分
フリガナ	氏名	男・女	明治大正昭和	年 月 日生(満 〇 歳)

65歳以上
 60歳～65歳未満
 を(心臓・腎臓・呼吸器・HIV)のいずれかの身障1級に相当

質問事項	回答欄		医師記入欄
① 今年の10月1日以降にインフルエンザ予防接種を受けましたか。 はいの場合、公費負担(法定接種)で受けましたか。	はい	いいえ	
② 今日のインフルエンザ予防接種について配られた説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
③ インフルエンザ予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
④ 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を具体的に書いてください()	はい	いいえ	
⑤ 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
はいの場合、治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、インフルエンザ予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
⑥ 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()	はい	いいえ	
⑦ 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 その予防接種の名前() 接種日 年 月 日	はい	いいえ	
⑧ 今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 はいの場合、その際に具合が悪くなったことはありますか。 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	いいえ	
⑨ 薬や食品(卵など)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。 (薬、食品名)	はい	いいえ	
⑩ 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	
⑪ 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()	はい	いいえ	
はいの場合、治療(投薬等)を受けていますか。 その病気を診てもらっている医師にインフルエンザ予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
⑫ 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
⑬ 今日のインフルエンザ予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

医師診断欄	① 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) と判断します。 ② 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ました。 ①及び②に関する 診察医署名 _____ ①で見合わせる 場合の判断理由 ()
-------	---

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。)

- ① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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)
- ② 本予診票について、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解した上で、住民登録地の市町村に提出されることに同意します。

①及び②に関する本人署名 _____

代筆者氏名* _____

続柄* _____

* 接種を希望する本人が署名できない場合
代理の方が「本人署名」欄に接種を希望する本人の氏名を
記入し、あわせて「代筆者氏名」と「続柄」をお書きください。

医療機関記入欄	市町村番号 (裏面の※参照)	請求番号 (該当する番号に〇印を付してください)	医療機関の所在地・名称	
	8039		<input type="checkbox"/> 自己負担あり <input checked="" type="checkbox"/> 自己負担なし(免除証明書添付) <input type="checkbox"/> 接種不能者	
	医療機関コード(7桁)	1 2 3		
	使用ワクチン	接種量等		
メーカー名	Lot No.	皮下接種 0.5ml	1 接種	実施場所
			2 接種せず	接種医氏名
				接種年月日 令和 年 月 日