

# 瀬戸市インフルエンザ予防接種予診票

◎ 医療機関記入欄(確認し、該当区分に○をつけてください。)

対象区分	65歳以上	身障等	費用免除	診察前の体温	度	分
資格確認書類	マイナンバーカード・介護保険証・健康保険証・運転免許証・身障者手帳・その他( )					

※ 本人記入欄(太枠内をボールペンで記入してください。)

瀬戸市に住民登録がありますか		はい・いいえ(対象外)				
住所	瀬戸市					
氏名					男・女	
生年月日	大正・昭和	年	月	日(満	歳)	電話番号

質問事項	回答欄	医師記入欄
インフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。	いいえ  はい	
インフルエンザ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。	いいえ  はい	
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、今日の予防接種をうけてもよいといわれましたか。	いいえ  はい	
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(鶏卵・鶏肉など)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。	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	
その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい  いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい  いいえ	
予防接種名( )  いつ( 月 日)		
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( )		
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。	いいえ  はい	
最近1か月以内に熱がでたり、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。( )	はい  いいえ	

<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<実施できる・見合わせた方がよい(理由: )>と判断します。  
 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ました。  
 医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot.No.	0.5ml	実施場所 <b>あさひの森内科消化器クリニック</b> 医師名 <b>院長 福田 頌子</b> 接種年月日 令和 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 ) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。  
 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、本予診票を瀬戸市に提出することに同意します。  
 令和 年 月 日 **被接種者自署**<sup>※1</sup>  
 (接種日当日に記入してください。本人が自署できない方は代筆者(家族等)が※1～3すべてを記載してください。)  
 代筆者氏名<sup>※2</sup> 続柄<sup>※3</sup>