

尾張旭市高齢者等インフルエンザ 定期予防接種予診票

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

◎太枠内をボールペンで記入してください。
必ず、満 65 歳の誕生日以降に接種を受けてください。
(心臓、じん臓、呼吸器の 1 級障害者等は満 60～64 歳で接種可)

尾張旭市内に住民登録がありますか はい ・ いいえ (対象外)

住 所 尾張旭市 電話番号

氏 名 男・女 生年月日 大 昭 年 月 日(満 歳)

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 () 治療 (投薬など) を受けていますか。 その病気の主治医には、今回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。	はい	いいえ	
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。()	はい	いいえ	
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。	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。 ①その際に具合が悪くなったことがありますか。 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がありますか。	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 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () いつ (月 日)	はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、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 () 病気を診てもらっている医師に今回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。 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。(内容:)	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 (可能 ・ 見合わせる [理由]))
本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

インフルエンザ
予防接種希望書
※接種日当日に
記載して下さい。

医師の説明やインフルエンザ予防接種説明書等により、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)

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 被接種者署名*1 :
(自署できない方は代筆者 (家族等) が*1～*3 すべてを記入してください。)

(代筆者署名*2 続柄*3 :)

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	接種量 0.5ml	実施場所 : あさひの森 内科消化器クリニック 医師名 院長 福田 頌子 接種年月日