

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

(市提出用)

		診察前の体温	度 分
住 所	下野市	電 話	—
ふりがな			男・女
受ける人の氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
今日受ける予防接種の効果や副反応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よいといわれましたか。	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はありますか。 具体的な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はありますか。	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 はい はい	いいえ いいえ 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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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	
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	

医師の記入欄

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)
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

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種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、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)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	ml	実施医療機関
Lot No.		接種医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 年 月 日

※転出した場合及び65歳未満(接種日において満60歳から64歳までの心臓・腎臓・呼吸器疾患・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能による障がい者手帳1級程度を保持する方を除く)の場合は使用できません。

下野市

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

(医療機関用)

		診察前の体温	度 分
住 所	下野市	電 話	—
ふりがな			
受ける人の氏名			男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、市から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
今日受ける予防接種の効果や副反応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よいといわれましたか。	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。 具体的な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はありますか。	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 はい はい	いいえ いいえ 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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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	
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	

医師の記入欄

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)
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

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種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、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)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名		実施医療機関
Lot No.		接種医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	ml	接種年月日 令和 年 月 日

※転出した場合及び65歳未満(接種日において満60歳から64歳までの心臓・腎臓・呼吸器疾患・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能による障がい者手帳1級程度を保持する方を除く)の場合は使用できません。

下野市