

高齢者

新ひだか町高齢者インフルエンザ予防接種予診票

*太枠の中は、本人が記入して下さい

診察前の体温 度 分

住所			生活保護受給世帯の方は○をつけてください。
氏名	男・女		生活保護
生年月日	大正・昭和	年 月 日生	(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について説明書を読み、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。 病名 ()	はい	いいえ	*満60～65歳未満で心臓、じん臓、呼吸器等の慢性疾患のある者については () 内に病名を記入のこと。
治療・投薬を受けていますか。	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も良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	
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	
その病気をみ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。	はい	いいえ	
最近1ヵ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	
最近1ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでに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。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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 (可能 ・ 見合わせる)
	医師署名又は記名押印 Ⓢ

使用ワクチン名・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	医師名
		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下さい)

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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されること、また必要時、生活保護受給関係の確認やワクチン接種に係る費用の助成を接種者本人に代わり、医療機関から町に請求することに同意します。

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)