

平成 30 年度 檜葉町高齢者インフルエンザ予防接種予診票

フリガナ		男・女	電話	()
氏名				
住所	檜葉町大字	字		
生年月日	大正・昭和	年	月	日 () 歳 診察前の体温 度 分

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効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	はい いいえ	
現在、何か病気にかかって医師の治療（投薬など）を受けていますか 病名（ ）	はい いいえ	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全、ひきつけの病気など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から今日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	
最近1ヶ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、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、特に卵や鶏肉でじんましんが出たり具合が悪くなったことがありますか それはどのようなものですか（ ）	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を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類（ ）	はい いいえ はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ） 月 日	はい いいえ	
今日の予防接種について聞きたいことがありますか	はい いいえ	
<p><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 ）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。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>		

（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及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、ワクチンの接種を（ **希望します・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、本予診票が町に提出されることに同意します。

平成 30 年 月 日 本人署名
 代筆者署名（ ） 続柄（ ）
 本人が署名できない場合は本人の意思を確認した上で、代筆者が署名し、続柄を記入してください。

<メーカー名> 1. 北里口 2. 化血研口 3. 阪大微研口 4. デンカ生研口	医療機関名	接種区分	予診のみ
<ロット番号記入又はシール貼付> □□□□□□□□□□ <シール> □□□□□□□□□□ <有効期限> 年 月 日	右・左 0.5ml 医師名 実施年月日 平成 30 年 月 日 午前・午後 時 分	① ② 一般 生保 ① ② 1回目 2回目	