

高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼実施報告書

今治市

下の太線の枠内をボールペン・インクで記入または○をしてください。

※次の書類等により本人確認をお願いします。(医療保険証・後期高齢者医療被保険者証・接種券・その他())

住 所	今治市			診察前の体温	度 分
受ける人の氏 名		男・女	電話 ()	-	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)				

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実 施 場 所	
Lot No.	0.5ml	医 師 名	
		接 種 年 月 日	

上記の者のインフルエンザ予防接種を完了したことを報告します。 接種券No. .

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	今日受けるインフルエンザの予防接種について、3枚目裏面の説明を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	は い	いいえ	
2	現在、何か病気にかかっていますか 治療(投薬など)を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ	はい(病名) はい・いいえ はい・いいえ	
3	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	いいえ	はい ()	
4	特別な病気(心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症・先天性異常)にかかったことがありますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ	はい (病名) はい・いいえ	
5	薬や食品(にわたりの卵やお肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか	いいえ	はい	
6	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	いいえ	はい	
7	1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	いいえ	はい (病名)	
8	これまでに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がありますか	いいえ	はい はい・いいえ	
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい (予防接種名)	
10	1か月以内に予防接種をうけましたか	いいえ	はい (予防接種名)	
11	今日の予防接種について何か質問がありますか	いいえ	はい	

医師の記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は右記のとおり判断いたします。	可 能 ・ 見合わせる【 月 日】
	本人に対して、予防接種の効果・目的・副反応及び健康被害救済制度について説明をした。	【医師の署名又は記名押印】
被接種者の記入欄	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うえで、インフルエンザHAワクチンの接種を希望しますか	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、本予診票が市町に提出されることに同意します。	【本人の署名】※
	※自署できない方は代筆者が記入し、代筆者名及び被接種者との続柄を記入してください。署名の代筆は本人の意思を確認の上、家族が行ってください。	(代筆者名、続柄)