

定期インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温		度		分	
住 所	大木町大字			電話（ ）			
ふりがな		男 女	生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
氏 名				(満 歳)			

質 問 事 項	() 内に数字、○印など記入してください	回 答 欄	医師記入欄
1.	今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
2.	今日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。	はい いいえ	
3.	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言われましたか。	はい いいえ	
4.	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
5.	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	
6.	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	
7.	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はありますか。	はい いいえ	
	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	
8.	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃	はい いいえ	
9.	最近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	
10.	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	
11.	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	
12.	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） 本人に対して、予防接種の効果、副反応並びに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_____
-------	---

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	m l	実 施 場 所
Lot No.		医 師 名
(注)有効期限がきれっていないか確認		接種年月日 令和 年 月 日

定期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ください。）
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)

医療機関記入欄	有料（自己負担額1,650円） 無料（確認した書類の番号に○をつけ、予診票に添付してください）
1. 非課税確認書(原本) 2. 後期高齢者医療資格確認書※区分Ⅰ・Ⅱに限る(写し・オンライン資格確認) 3. 介護保険負担限度額認定証(写し) 4. 介護保険料納入通知書※所得段階1～3に限る(写し) 5. 生活保護受給証明書(原本・オンライン資格確認)または診療依頼書(写し) (2,5について、オンライン資格確認を利用する場合は添付書類は不要です。オンライン資格確認に○をつけてください。)	