

インフルエンザ定期予防接種予診票

※太枠の中の当てはまるところに記入、又は○で囲んでください。

		診察前の体温		度分	
接種区分	☐ 非課税者 【確認書類】 ☐ 所得・課税証明書（取得日： 年 月 日） ☐ 介護保険料額決定(変更)通知書（所得段階区分： ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階） ☐ 介護保険負担限度額認定証（被保険者番号： ） ☐ 実費徴収免除者（ケース番号： ）				
	生年月日 大正・昭和 年 月 日生（満 歳）		☐ 65歳以上		☐ 60～64歳
	フリガナ		電話番号		
	氏名 男・女				
住所	秋田市				

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お知らせを読みましたか。	はい	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ） 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よいと言われましたか。	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。 具合の悪い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がありますか。	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はありますか。 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	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、血管疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（ ） 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	以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 右上腕・左上腕 0.5 ml	実施場所 接種医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ定期予防接種希望書（※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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を（ 希望します ・ 希望しません ）※（ ）の中のどちらかを○で囲んでください。

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。また、接種区分の確認のため、市が必要と認めるときは課税情報について調査を行うことに同意します。

年 月 日

被接種者自署

代筆者名

(続柄)

(※自署できない者は、代筆者が署名し、代筆者名および被接種者との続柄を記載)

インフルエンザ定期予防接種接種済証

住所	秋田市				
氏名					
生年月日	大正・昭和	年	月	日生	実施者 秋田市 長
接種日		年	月	日	接種医師名 印