高齢者インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

住民票に記載されている住所		電話番号	
フリガナ			男　　女
氏　　名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生　　（満　　歳）		

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説明書を読みましたか	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	
今日受ける予防接種は今シーズン1回目ですか。	はい	いいえ（　回目）	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
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。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
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はありますか。	いいえ	はい	
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	
1カ月以内に予防接種をうけましたか。 予防接種の種類　　（　　）	いいえ	はい	
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（　　）	いいえ	はい	
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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

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、副反応及び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	
Lot No.	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種希望者 （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などについて理解したうえ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。

このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年　　月　　日

被接種者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※代筆者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※被接種者との関係（続柄等） ＿＿＿＿＿＿

（※自署できない方の場合、家族などの代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との関係を記載してください。）

医療機関記入欄※該当項目に○　自己負担金　有　・　無　→自己負担金免除者確認書類等（下記参照）	
1.筑紫地区窓口発行の自己負担金免除通知書【原本添付】	4.生活保護法医療券【医療券連名簿】
2.介護保険負担限度額認定証	5.オンライン資格確認（後期高齢者医療被保険者） 【区Ⅰ（低所得者Ⅰ）・区Ⅱ（低所得者Ⅱ）】
3.後期高齢者医療資格確認書 【限度区分：区Ⅰ又は区Ⅱが併記されたものに限る】	