

# 高齢者用 インフルエンザ予防接種予診票 【函館市】

診察前の体温

度 分

※接種を希望する方は **太枠内** を記入してください。

※記入する前に「高齢者インフルエンザ予防接種の説明書」をよくお読みください。

医療機関で該当欄に○を記入してください。

住 所	函館市 町 丁目 番 号 電話 ( - )		
フリガナ (カタカナ)		男 ・ 女	一部自己負担
氏 名			免除(非課税)
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	保健所 記入欄	介護 後期 免除

質 問 事 項	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も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。	はい いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。( )		
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。	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。	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はありますか。	はい いいえ	
8. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
9. 1ヶ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。	はい いいえ	
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	
11. 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。	はい いいえ	
病名( )		
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 療 機 関 記 入 欄	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 ) 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、説明した。		
		医師署名または記名押印		
	ワクチン ロット番号 Lot No.	接種量	実施場所	
	(シールでも可)	0. 5ml	医師名	
			接種年月日	
			令和	年 月 日

## 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、インフルエンザの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、本予診票が函館市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

被接種者氏名

( 代筆者氏名

続柄

)

※ (自署できない方は代筆者が被接種者氏名を記入し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載してください。)