

インフルエンザ予防接種予診票 ー福井市高齢者用ー

福井市長

診察前の体温	度	分	自己負担額	2,000円	・	無料
接種を受ける人の住所	福井市			電話		
接種を受ける人の氏名	男・女	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
「インフルエンザ予防接種の留意事項」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、住民票は福井市にありますか。→「いいえ」の場合は、この予診票は使用できません。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(具体的に)	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名)	いいえ	はい	
・その病気で治療(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。	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	
・その病気の主治医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ヶ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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名)	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。	いいえ	はい	
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	
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。(薬・食品名)	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	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
-------	--

本人の記入欄 (医師の診察の結果、接種が可能と診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、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、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、本予診票が福井市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 *自署出来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 代筆者 続柄
--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日			
Lot No.	0.5 ml	実施場所	接種年月日		
		医師名	令和	年	月 日

----- 切り取り線 -----

インフルエンザ予防接種済証

本人用

被接種者名 _____ 被接種者住所 _____
 実施場所 _____ ワクチンロット番号 _____
 医師名 _____ 接種日 令和 年 月 日