

満65歳以上対象の季節性インフルエンザ予防接種予診票

(この予診票は接種当日満65歳以上の方または60歳以上65歳未満の内部障がい1級の方に使用してください。)

医療機関 記入欄	結 果	費 用 区 分		接種または予診の実施年月日						
	1. 接種 2. 予診のみ	1. 自己負担 2. 半額減免券有	3. 全額減免券有 4. 予診のみ	令和		年		月		日
ボールペンで太線の中を記入してください。				診察前の体温		度 分				
住 所		倉敷市								
カナ氏名									男 ・ 女	
生年月日		明治・大正・昭和		年	月	日	(満 歳)			

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日（接種当日）満65歳になっていますか。（内部障がい該当者を除く。）		はい	いいえ	
今日のインフルエンザ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	
今日の予防接種の効果や副反応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（ ）		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いわれましたか。		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。		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	
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	
1ヵ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、血液疾患など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もよいと言われましたか。		はい	いいえ	
最近1ヵ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	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）		医師署名又は記名押印
	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。		
ワクチンロット番号	接種量	実施医療機関	医療法人 賀新会 フライムホスピタル 玉島
Lot No.	0.5ml	医 師 名	

以下は、医師の診察後に必ず記入してください。

季節性インフルエンザ予防接種希望書			
医師の診察・説明を受け、インフルエンザ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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。			
令和 年 月 日		代筆者氏名	続柄
被接種者氏名		()	

※上記希望書は本人が自署してください。ご本人の意思があっても自署が無理な場合は、代筆をしてください。
その場合は代筆者氏名およびご本人との続柄を記入してください。
※法律による満65歳以上の人のインフルエンザ予防接種は1年に1回です。2回目は全額自己負担となります。

倉敷市