

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

市町村名 岩国市

太枠内をご記入ください		診察前の体温	度	分	自己負担金				
住所	(現住民登録している住所をご記入ください)※ 岩国市				1 徴収した(1, 490円) 2 免除(生活保護者等) 生活保護受給者カードケース番号 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
電話番号									
ふりがな									
氏名									
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)								

※住所や質問の回答等の記載に間違いがあれば、岩国市の助成および健康被害救済制度を受けることができない場合があります。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今年度初めてのインフルエンザ予防接種ですか	はい	いいえ	
今日のインフルエンザの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	
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	
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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	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	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	
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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種日(月 日)	はい	いいえ	
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()	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	ある	ない	
医師の記入欄	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		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	接種又は問診年月日
ワクチン名	(皮下接種)		
Lot No.	0.5 ml		R . .

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、予防接種の効果や副反応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、本予診票が市に提出されることに同意します。
(代筆の場合は代筆者が署名欄を記名し、下段に代筆者名も記入してください)

令和 年 月 日	被接種者氏名 (自 署)
----------	-----------------

本人が自署出来ないため、接種意思を確認のうえ代筆します。(代筆者氏名) (続柄)

切り取り線

<インフルエンザ予防接種済証> 医療機関が記載 自分の健康管理のために接種記録は保管してください。

予防接種を行った年月日等	接種医療機関名及び医師名	被接種者住所 岩国市
令和 年 月 日		被接種者氏名
Lot No.		生年月日(M ・ T ・ S) 年 月 日