

令和2年度 船橋市高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票

(この予診票を実施医療機関にお持ちください)

〒0000-0000

船橋市〇〇町〇〇〇番地〇

船橋 花子 様

接種コード 1 234 567 891

生年月日 昭和〇年〇月〇日

料金区分 有料[自己負担金 1,000円]

記入例

接種可能期間 令和2年10月1日から令和2年12月31日まで

受診前の体温

度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
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案内文を読みましたか	いいえ はい	
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	いいえ はい	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	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	
治療(投薬など)を受けていますか 【上記質問に”はい”と回答した場合】	はい いいえ	
その病気を診てもらっている医師には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	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 ()	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(診断名) ()	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは () 歳頃	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	
薬や食べ物、特にニワトリの卵で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 () 歳頃 薬品・食品名 () 症状 ()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか(接種日: 月 日 種類:)	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 ②インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。質問 ()	はい いいえ	

<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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 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、説明しました。 医師の自筆署名または記名押印	見合わせた場合の理由
--	------------

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。
この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、市に提出されることに同意します。

【必ず記入してください】 接種を受ける人の自筆署名 船橋 花子	電話番号 (047) 123 - 4567
接種意思はあるが自署できない場合は、代表者が上記署名欄に「接種を受ける人の氏名」を記入し、 代筆者記入欄に「代筆者氏名と続柄」を記入してください。 代筆者氏名(ご家族以外の方でも可) 船橋 太郎	続柄 長男

<医療機関記入欄>		
ワクチン製造元	(どちらかを○で囲む)	医療機関名・摂取医師(ゴム印可)
LOT No.	接種年月日・不適年月日	
有効期限(西暦) 年 月 日	2020年 月 日	
摂取量		