

令和4年度 船橋市高齢者インフルエンザ定期予防接種予診票

(太枠内を記入して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

接種期間 令和4年10月1日から令和4年12月31日まで

受診日	受診前の体温
令和 年 月 日	度 分

※ワクチンの入荷状況等により、接種期間であっても接種を受けられない場合があります。

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	<input checked="" type="radio"/> はい	
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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】	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> いいえ	
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	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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。
見合わせた場合の理由 ()
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** Ⓜ

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。
この予診票は、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】
接種を受ける人の氏名※ **船橋 花子** 電話番号 (047) 123 - 4567

※接種を受ける人が自署できない場合は、代筆者が「接種を受ける人の氏名」を記入し、さらに「代筆した人の氏名」と「続柄」を記入してください。

代筆した人の氏名 (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.		
有効期限 (西暦) 年 月 日		
摂取量		
接種年月日・不適年月日		
2022年 月 日		