

# 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※太線枠内をボールペンで記入または○でかこんでください。

診察前の体温				度	分
住所 (住民登録地)	西宮市	電話番号	( )	-	
(ふりがな) 氏名	男・女	生年月日	明治・大正 昭和	年 月 日 (満 歳)	日生

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種についての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。症状( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーはありますか。	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はありますか。	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か月以内に予防接種をうけましたか。予防接種の種類( )	はい	いいえ	
心臓病・じん臓病・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。	はい	いいえ	
病名( )			
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。	はい	いいえ	
病名( )			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

高齢者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、本予診票が西宮市に提出されることに同意します。  
 年 月 日 被接種者自署〔 (代筆者氏名 続柄) 〕  
 (接種日と同年月日) ※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

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 (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、説明をしました。 医師署名又は記名押印 [ (印) ] ※署名は医師の直筆で行う。ゴム印等で記名した場合は医師の押印↑を行う。	
医療機関名	ワクチンロット番号	接種量
医師名		皮下接種
接種日 年 月 日		0.5ml

インフルエンザ 西宮市控 (提出用)	ふりがな	電話番号	明・大・昭 年 月 日生		
	氏名		(満 歳)		
	住所 西宮市				
	医療機関名		ワクチンロット番号	接種量	
	医師名			皮下接種	
	接種日 年 月 日			0.5ml	

インフルエンザ 予防接種済証 (本人控)	被接種者氏名	生年月日	ワクチンロット番号	接種量
	医療機関名	医師名		皮下接種
	接種日 年 月 日			0.5ml