

高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼接種台帳

フリガナ		性	男	大正	年	月	日
氏名		別	女	昭和	(満)	歳	
住所	調布市	電話番号					

上の太枠内と下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、おこたえのどちらかに「○」印をつけてください。

診察前の体温		度	分
--------	--	---	---

質問項目	おこたえ		医師記入欄
1 インフルエンザの予防接種について、調布市の説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2 インフルエンザ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	
3 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	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
5 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()	はい	いいえ	
6 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
7 ひきつけ(けいれん)を起したことがありますか。	はい	いいえ	
8 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。	はい	いいえ	
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いわれましたか。	はい	いいえ	
9 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	
10 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名() 接種日 月 日	はい	いいえ	
11 これまでに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	
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	
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	
12 今日の予防接種について何か質問がありますか。	はい	いいえ	

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診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うえで、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。

このことを理解のうえ、本予診票が調布市に提出されることに同意します。

年 月 日

被接種者自署 _____ 又は代筆者氏名 _____ (続柄 _____)

(※自署できない方は代筆者が氏名及び被接種者との続柄を記載)

医師記入欄	医師の署名
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。 _____	

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	0.5 ml	実施場所 プライムクリニック 医師名 _____ 接種年月日 年 月 日