

インフルエンザ予防接種予診票

| | | | | | | | | | | |
|---------|------|----|-----|------|------|--------|---|---|------|---|
| 住所 | 猪苗代町 | | | | | 診察前の体温 | | | 度 | 分 |
| 受ける人の氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 大正昭和 | 年 | 月 | 日 | (満歳) | |

| 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猪苗代町から配られている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いわれましたか。 | 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。 | はい | いいえ | |
| 具体的な症状を書いてください。（ ） | | | |
| 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（ ） | | | |
| 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 | |
| 最近1ヵ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（ ） | | | |
| 最近1ヵ月以内に、家族や身近な人に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 | はい | いいえ | |
| 病名（ ） | | | |
| 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい | いいえ | |
| 予防接種の種類（ ） | | | |
| 新型インフルエンザ又は季節性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 | |
| これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 | はい | いいえ | |
| 予防接種の種類（ ） | | | |
| 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 | |
| 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 | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| ※そのとき熱が出ましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | 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、接種が可能と判断された後に記入してください。） | | | |
| 私は、医師の診察・説明を受け、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ます。 | | | |
| このことを理解した上、本予診票が猪苗代町に提出されることに同意します。 | | | |
| 令和 年 月 日 | | | |
| 本人自署 | | | |
| 代筆者名 | | | |
| 続柄 | | | |
| ※（自署できない人は、代筆者名・続柄記載） | | | |

| | |
|-------|-------------------------------------|
| 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（ 可能 ・ 見合わせる ） |
| | 医師署名又は記名押印 |

| | | |
|--------------------|---------------------|------------------|
| 使用ワクチン名 Lot No. | 接種量 (皮下接種) ml | 接種年月日： 令和 年 月 日 |
| 最終有効期限 令和 年 月 日 | 右 ・ 左 | 医療機関名： 接種医師名： |

インフルエンザ予防接種予診票

| | | | | | | | | |
|---------|------|--------|-----|------|------|---|---|-------|
| 住所 | 猪苗代町 | 診察前の体温 | | | | 度 | 分 | |
| 受ける人の氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 大正昭和 | 年 | 月 | 日(満歳) |

| 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猪苗代町から配られている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（ 治療（投薬など）を受けていますか。 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 | |
| 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。 具体的な症状を書いてください。（ ） | 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（ ） 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 | |
| 最近1ヵ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 | |
| 最近1ヵ月以内に、家族や身近な人に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。 病名（ ） | はい | いいえ | |
| 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ） | はい | いいえ | |
| 新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 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 | |
| これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 ※そのとき熱が出ましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | 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、接種が可能と判断された後に記入してください。） 私は、医師の診察・説明を受け、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ます。 このことを理解した上、本予診票が猪苗代町に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 本人自署 代筆者名 続柄 ※（自署できない人は、代筆者名・続柄記載） | | | |

| | |
|-------|---|
| 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（可能 ・ 見合わせる） 医師署名又は記名押印 |
|-------|---|

| | | |
|--|------------------------------|-------------------------------------|
| 使用ワクチン名 Lot No. 最終有効期限 令和 年 月 日 | 接種量 (皮下接種) ml 右 ・ 左 | 接種年月日： 令和 年 月 日 医療機関名： 接種医師名： |
|--|------------------------------|-------------------------------------|