

高齢者インフルエンザ 予防接種予診票 記入例

自己負担金免除者の場合は、「負担金なし」を囲んでください

高 齢 者 イ ン フ ル エ ン ザ 予 防 接 種 予 診 票

太枠及び太線にボールペンで○を囲むか記入してください。

住 所	直方市 殿町 7番1号	診察前の体温	36 度 5 分
氏 名	直方 花子	男・女	電話番号 0949 - 25 - 2115
生年月日	大正 昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日生 (満 〇〇 歳)		

体温が37.5℃以上は接種不可

質 問 事 項	回 答
今日のインフルエンザ予防接種は、今年初めての接種ですか。	いいえ はい
『インフルエンザの予防接種について』の説明書を読みましたか。	いいえ はい
今日の予防接種	いいえ はい
現在、何か治療(投薬)その病気	はい いいえ
免疫不全と	はい いいえ
今日、体に具合の悪	はい いいえ
薬や食品で	はい いいえ
今までにイ	はい いいえ
① その際	はい いいえ
② インフル	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カ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 ()	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。	はい いいえ
病名 ()	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予	はい
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかか	はい
病名 ()	はい
今日の予防接種について質問がありますか。	はい

【！注意！】

- 体温
- 接種日
- 被接種者自署 の記入忘れが多発しています。

ご提出前にもう一度ご確認ください。

必ず「可能」「見合わせる」のどちらかを○で囲んでください

直筆
又は
ゴム印と朱印
医師署名は

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)

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。

医師署名又は 記名押印

健康 太郎 (自署) 又は 健康 太郎印

ワクチンロット番号 Lot NO	接 種 量	実 施 場 所	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
〇	0.5 ml	健康病院	健康病院
(注)有効期限確認		医 師 名	健康 太郎
			接 種 日 : 令和 4 年 10 月 1 日

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で記入してください。)

予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

安全性の確保を目的としています。

予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者が被接種者の署名、代筆者氏名、続柄を記入してください。

令和 4 年 10 月 1 日 被接種者自署 直方 花子

代筆者氏名 (続柄)

ワクチンロット番号
シール添付
もしくは
手書きでの記入

直筆署名のみ有効
(全対象者記入)
※代筆者による記入の場合にも
被接種者の氏名を記入

代筆者による記載の場合は、代筆者氏名と続柄を記入
(代筆者は、ご家族又は被接種者の
日頃の状態を把握している人に限ります)