

小川町インフルエンザ予防接種予診票

※ この予診票は複写の為強く書きこんでください
※ 下記の **太枠内** を正確に記入してください

医療機関保管用
小川町保管用

この予防接種は小川町に住民登録をしている満65歳以上（接種1回のみ）の方が対象です

住 所	小川町				
(ふりがな) 氏 名		男・女	電 話		
生年月日	大正・昭和	年	月	日生	(満 歳)
診察前の体温（医療機関で測定）		・ °C			医師記入欄
質 問 事 項			回 答 欄		
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			はい	いいえ	
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 具合の悪い症状を書いてください（			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	
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受けましたか 予防接種名（			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（			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も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 病名（			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	

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
-------	---

ワクチンロット番号	接 種 量	医 療 機 関 名	接 種 年 月 日
Lot No.	皮下接種 0.5ml	医 療 機 関 住 所	
(注)有効期限、要確認		医 師 名	

以下は医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください

インフルエンザ予防接種希望書

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
(希望します ・ 希望しません)
※どちらかに○をお願いします

また、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、本予診票が町に提出されることに同意します

令和 年 月 日

被接種者自署 _____

(※自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)