

		診察前の体温	度	分
住所	甲府市	TEL	()	
ふりがな				
氏名		男・女		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生まれ (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
1 今日のインフルエンザの予防接種について、甲府市から配られている説明書を読んで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	
2 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	
3 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	
4 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よいと言われましたか	はい	いいえ	
5 免疫不全と診断されたことはありますか	はい	いいえ	
6 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はありますか 病名 ()	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よいと言われましたか	はい	いいえ	
7 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 (年 月 日)	はい	いいえ	
8 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で具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
9 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	
10 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りしたことはありますか	はい	いいえ	
11 ありますか	はい	いいえ	
12 ありますか	はい	いいえ	

赤枠内の項目のご記入をお願いします

医師 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、予防接種の結果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした。

医師署名又は記名押印

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、本予診票が甲府市に提出されることに同意します。

本人署名 ナック太郎 代筆者氏名 ナック花子 被接種者との関係 (長女)
 ※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関係を記入してください。

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	0.5 ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 年 月 日

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

甲斐市

* 接種当日に本市に住所がない人は、この予診票は使用できません。

診察前の体温

度 分

住 所	甲斐市		
氏 名	(ふりがな)	男 ・ 女	電話番号
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日 (満 歳)

* 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。

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
1. 今日の予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
2. 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	
3. 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言われましたか。	は い	いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか。	は い	いいえ	
5. 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	
6. 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	
7. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことがありますか。 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がありますか。	は い	いいえ	
8. 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	
9. 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	
10. 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言われましたか。	は い	いいえ	
11. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	は い	いいえ	
12. 赤枠内の項目のご記入をお願いします	は い	いいえ	

予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。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

被接種者署名欄

※医師自署

結果、接種が可能と判断された後に記入してください。

代筆者は代筆者が署名し、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。このことを理解の上、本予診票が甲斐市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

ナック太郎

(代筆者：氏名

ナック花子

続柄 長女)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot. No (注)有効期限がきれていないか要確認	皮下注射 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

* 接種後、以下の「接種済証」に必要事項を記入の上、切り取って被接種者にお渡しください。

一 さりとりせん

高齢者インフルエンザ予防接種済証 * この「接種済証」は健康手帳などに貼って大切に保管してください。

氏 名	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
住 所	甲斐市				
実施場所	接種日	Lot. No.			
令和	年	月	日	甲斐市長	保坂 武