

インフルエンザ予防接種予診票（65歳以上）

坂戸市

※接種日時で坂戸市から転出した場合は、この予診票は使用できません。
 ※機械で読取りを行いますので、太枠内を黒色のボールペンで、楷書ではっきりと記載してください。
 ※選択項目は□に✓をつけるか塗りつぶしてください。

住 所	坂戸市	診 察 前 の 体 温	度	分
フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
氏 名		電 話 番 号		
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日生 (接種日 満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
今日受ける予防接種について坂戸市から配られている説明書を読みましたか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
現在、何か病気にかかっていますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
病名()			
治療(投薬などを受けていますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
具合の悪い症状を書いてください。()			
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
予防接種の種類()			
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。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 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言われましたか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	
病名()			
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> は	<input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> い <input type="checkbox"/> え	

医 師 記 入 欄	
<input type="checkbox"/> 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(<input type="checkbox"/> 可 能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる)	医 師 署 名 又 は 記 名 押 印
<input type="checkbox"/> 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等について説明しました。	

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上、
 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。
 このことを理解の上、本予診票が坂戸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 代筆者自署 続柄
 ※自署できない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載

医 師 記 入 欄					
実 施 場 所	接 種 (予 診) 年 月 日	令 和	年	月	日
医 師 名	接 種 量	0.50ml	ワ ク チ ン ロ ッ ト 番 号	<input type="text" value="ロットシール貼付"/>	Lot No.

坂戸市立市民健康センター 予防係
 坂戸市大字石井 2327 番地 3 TEL049-284-1621

市民健康センター使用欄