

インフルエンザ予防接種予診票（65歳以上）

坂戸市
(112399)

※接種日時点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。

		診察前の 体 温		度 分	
住 所	坂戸市			性 別	□ 男 □ 女
氏名フリガナ		生 年 月 日	□大 正 □昭 和	年	月 日
受ける人の 氏 名			満 歳 か月		
		電 話 番 号			

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今回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。	□は い □いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	□は い □いいえ	
現在、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。（ ）	□いいえ □は い	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ） 治療（投薬等）を受けていますか。 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。	□いいえ □は い □いいえ □は い □は い □いいえ	
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（ ）	□いいえ □は い	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ） 接種日（ 月 日）	□いいえ □は い	
これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気にかかったことがありますか。 病名（ ）	□いいえ □は い	
免疫不全と診断を受けたことはありますか。	□いいえ □は い	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	□いいえ □は い	
薬や食品で皮膚に発しん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がありますか。 薬・食品名（ ）	□いいえ □は い	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか。	□いいえ □は い	
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類（ ）	□いいえ □は い	
今回の予防接種について質問がありますか。	□いいえ □は い	

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 ・ □見合わせた方がよい ）と判断します。 □被接種者等に対して、予防接種の効果、副反応について説明しました。 □被接種者等に対して、予防接種健康被害救済制度等について説明しました。	医師署名又は記名押印

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、予防接種被害救済制度等について、理解した上で、接種することに（ □同意します ・ □同意しません ） 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。	
被接種者自署	代筆者 氏名 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	
医療機関コード	接種（予診）年月日 令和 年 月 日 種別コード 7 1
実 施 場 所	ワクチンの種類 □ビケン_田辺 □ビケン_武田 □ビケン_MSD □生研_デンカ □生研_アスラ □生研_武田 接種方法 標準量HA777 0.5ml 皮下接種
医 師 名	□KMB_Meiji □KMB_北里 □フルビック_田辺 □フルビック_MSD □その他（ ） ロット No.