

# インフルエンザ 65歳以上の方等

- ◎ この予防接種は自己負担がかかります。  
ただし、生活保護受給者及び市民税非課税世帯の方は無料です。  
(接種当日に確認できる書類をご持参ください。)
- ◎ 「インフルエンザ予防接種のお知らせ」をよく読みましょう。
- ◎ この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。



年 月 日

0.5ml  
皮下

接種部位(左・右) 上腕部

※ 予防接種を見合わせた理由 [ \_\_\_\_\_ ]

## インフルエンザ予防接種 予診票

◎ 接種当日に太ワク内のみを、記入してください。(※印は記入しないでください。)



年 月 日

0.5ml  
皮下

住 所	大阪市 区		
氏 名		男・女	電話( )
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生(満 歳)

質 問 事 項	回答欄	医師の確認欄
1. 今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明書を読みましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
3. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
4. その他、最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。 病名( ) 時期( ) 頃	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
5. 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。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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がありますか。 病名( ) その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
8. 薬や食べ物で皮ふに発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
11. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体のがあいが悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて身体のがあいが悪くなったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
12. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に( )	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

※ [医師の記入欄]

診察所見・その他特記事項

以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。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をしました。

※ 体温測定 度 分

医師署名  
又は  
記名押印

※ 使用ワクチン名

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※ 接種部位(左・右)上腕部

※ 実施場所

※ 接種医師名

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。)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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。(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。)

被接種者署名 \_\_\_\_\_

代筆者名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。