

姫路市 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温 _____ 度 分

住 所	姫路市	(電話() -)
氏 名		
生年月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和	年 月 日 生 (満 歳)

医療機関記載欄	市民である確認方法 (該当する番号に○をつけてください。)	対象者である確認(該当する番号に○をつけてください。)
	①保険証・受給者証 ②免許証 ③障害者手帳	① 接種日に満65歳以上の市民
	④その他 ()	② 接種日に満60歳以上65歳未満の下記(※)対象の市民 (②の対象者は下記(ウ)、(エ)のいずれかが添付必要)
添付書類に○ (ア)生活保護証明書・(イ)市民税非課税証明書・(ウ)身体障害者手帳コピー・(エ)診断書		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について本市の説明書を読みましたか。	は い	いいえ	
インフルエンザ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	
現在、何か病気にかかっていますか。	は い	いいえ	
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。	は い	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。()	は い	いいえ	
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	
今までに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カ月以内に予防接種を受けましたか。	は い	いいえ	
予防接種の種類 ()	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。	は い	いいえ	
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よいと言われましたか。	は い	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	は い	いいえ	
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	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.	ml	実施場所	医師名	接種年月日
				平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果を聞か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で、接種を希望しますか。	接種を (希望します ・ 希望しません) どちらかを○で囲んでください。
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、本予診票が姫路市に提出されることに同意します。	平成 年 月 日
本人が署名できない場合は家族が代筆署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。家族以外は代筆できません。	本人署名 代筆者氏名 続柄

(※)接種日に満60歳以上65歳未満の姫路市民で心臓、腎臓、呼吸器の機能障害及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害で身体障害者手帳1級をお持ちの方、または同程度と診断され、診断書を接種時に提出された方