

太枠の中に消えないボールペンで記入またはチェック☑を入れてください。

ふりがな		性 別	生 年 月 日	
氏 名		☐ 男・ ☐ 女	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)	
住 所	和歌山市 (電話番号：)		診察前の体温 度 分	
質 問 事 項			回 答 欄	医師記入欄
接種当日に、和歌山市に住民登録がありますか。 今回の接種は、10/1から1/31までの間で1回目ですか。}			※「いいえ」の方はこちらの 予診票を使用できません。 いいえ・はい いいえ・はい	
予防接種についての説明書を読み、効果や副反応について理解しましたか。			いいえ・はい	
現在、治療中の病気はありますか。 病名・治療状況 ()			はい・いいえ	
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	
今日、具合の悪いところがありますか。 自覚症状 ()			はい・いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。種類 ()			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()			はい・いいえ	
今までに、免疫不全や心臓病・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 ()			はい・いいえ	
これまでに、ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。			はい・いいえ	
これまでにインフルエンザなどの予防接種を受けて、体の具合が 悪くなったことがありますか。			はい・いいえ	
食べ物や薬で、皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪く なったことがありますか。			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 (理由)	本人に予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済 制度について説明しました。 医師署名または記名押印
------------------------------------	------------------------------	---	--

※記入
確認

高齢者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。	☐ 希望 します	☐ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 ※自署できない方は代筆者が 署名し、代筆者の氏名及び 被接種者との続柄を記載。 (被接種者署名 _____) (代筆者氏名() 続柄())

※記入
確認

使用ワクチン製造元	Lot. No	接種量	接種場所・医師名	接種年月日
1. 阪大微 2. デンカ 3. kmb 4. その他 () ☐ 有効期限を確認した		皮下 0.5 ml	接種場所 医師名	令和 年 月 日
下記に該当する場合は☑を記入 ☐ 生活保護受給者・中国残留邦人等支援受給者 ☐ 満60歳以上65歳未満の者で、 <u>心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能の障害</u> があり、身体障害者手帳1級所持者又は左記と 同等の障害を有すると判断できる方				