

インフルエンザ予防接種予診票（大宜味村）

		診察前の体温	
住 所			電話 ー
氏 名		男	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日生（満 歳）

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について各医療機関から配られている説明書を読んで理解しましたか。	は い い い え	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン 1 回目ですか。	は い い い え	
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 は い い い え は い い い え	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	は い い い え	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①㊦の際に具合が悪くなったことはありますか。 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がありますか。	は い い い え は い い い え は い い い え	
けいれんを起こしたことがありますか。	は い い い え	
1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	は い い い え	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。 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 ヶ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	
今までに間質性肺炎、気管支炎などの呼吸器系疾患と診断され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 ） 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	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	（皮下接種）	実施場所
Lot No.	0.5 ml	医師名
		接種年月日 令和 年 月 日

予防接種希望者（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理解した上で、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、本予診票が大宜味村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

（※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）