

インフルエンザ 65歳以上の方等

ワクチン名・ロット番号 ワクチンシール貼付

接種日 年 月 日
接種方法(皮下)0.5ml
接種部位(左・右)上腕部
※ 予防接種を見合わせた理由〔 〕 実施場所()

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。)

住 所	大阪市 区		
氏 名		男・女	電話()
生年月日	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	いいえ	
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	いいえ	
3. 今日、身体に具合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	いいえ	
4. その他、最近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() 時期()頃	はい	いいえ	
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医師に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
6. 心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫不全症などの病気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医師に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
7. 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	いいえ	
8. 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	
9. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体の具合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具合が悪くなったことがありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
10. 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	いいえ	
11. 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	いいえ	

※〔医師の記入欄〕

診察所見・その他特記事項 ()	※体温測定 度 分
以上の問診及び診察の結果、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。	医師署名又は 記名押印 阪 本 憲 彦

※ 使用ワクチン	※ 接種量・接種部位	※ 実施場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. 最終有効年月日	皮下 0.5ml 接種部位(左・右)上腕部	実施場所 えびすクリニック 接種医師名 阪 本 憲 彦 接種年月日 令和 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、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、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、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、この目的以外に使用いたしません。
(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