

令和6年度 予診票記入上の注意

山梨県笛吹市石和町市部800

笛吹太郎 様

※受診者の住所・氏名が印字されています。

接種有効期間 令和6年10月1日～令和7年1月31日

令和6年度 笛吹市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

住所	笛吹市	診察前の体温	度	分
氏名				
生年月日	大正・昭和	年	月	日生(満 歳)
電話				

※令和6年度であること。

※期間外に実施された場合は対象となりません。尚、再発行された場合は再発行日からの期間になります。65歳の場合、65歳となる日以降が有効期間となります。

※37.5℃以上ある場合接種できません。

※日中連絡が取れる電話番号にしてください。

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市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。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。具合の悪い症状を書いてください。()	はい いいえ	
薬や食品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	
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を受けて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)をおこしたことがありますか。	はい いいえ	
最近1か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() 接種年月日(年 月 日)	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	
その病気をみ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か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	

※記入漏れがないようにしてください。回答内容に十分ご注意ください。

※連続して予防接種を実施する場合は、接種間隔にご注意ください。

※問診及び診察等で判断いただき、どちらかを○で囲んでください。

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種(可能 ・ 見合わせる)。

本人に対して、予防接種の効果、副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。

医師の署名又は記名押印

※必ず署名お願いいたします。

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。)

私は、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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。

また、この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、市に提出されることに同意します。

署名年月日 ※必須	被接種者署名欄 ※必須	代筆者署名欄 (続柄・自署できない理由)
令和 年 月 日		理由: 続柄:

※身体的事情(視覚や手の障害等)で目撃できない場合に限り、家族又は後見人が被接種者および代筆者署名欄に記入してください。

※署名欄は記名押印でも可能です。

※身体的事情(麻痺・視覚障害等)において、署名することが不可能な場合は代筆が可能です。代筆者が署名欄すべてを必ず記載してください。

※日付は医師の診察の結果、接種が可能と判断され、予防接種の効果、副反応等を理解した上で接種を希望された日を記入してください。通常は接種年月日と同日になると想定されます。

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	0.5 ml	実施場所
Lot No.		医師名
		接種年月日 令和 年 月 日

(医療機関控)

<キリトリ>

高齢者インフルエンザ予防接種済証

住所	笛吹市	笛吹市長
氏名		生年月日 大・昭 年 月 日
接種年月日	令和 年 月 日	実施医療機関名

(被接種者控)

※実施後に被接種者に交付してください。

※こちらの記入例と別添「笛吹市高齢者インフルエンザワクチン予防接種に関する注意事項」を必ずご確認ください。