

※医療機関記入欄 身障1級相当

住所	庄内町		
氏名			
電話番号			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日生
年齢	満	歳	
性別	男・女		

任意

庄内町インフルエンザ任意予防接種予診票

助成額1,500円

<公費助成期間:令和6年10月1日~

令和6年12月28日>

太枠内を記入してください

質問事項	診察前体温		医師記入欄
	度	分	
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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。 病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在、妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

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・接種を希望しません) どちらかに○  
 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。  
 令和6年 月 日 被接種者自署  
 16歳未満の場合は保護者自署  
 (\*自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および受ける人との続柄を記載)  
 代筆者署名 \_\_\_\_\_ 受ける人との続柄 \_\_\_\_\_

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 Lot No.	接種量 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和6年 月 日