|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 幕別町高齢者インフルエンザ予防接種予診票（ 定期接種Ｂ類 ） | 生保 | 　　　 |  |
|  |
|  | 診察前の体温（ 必ず接種医院又は病院で測定してください ） |  度 分 |
| 住 所 | 幕別町 | 電話番号 |  |
| ふ り が な |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 大正昭和 年 月 日生（ 満 歳 ） |
| 受ける人の氏名 |  |
| 年齢区分 | １、65歳以上 　　　２、60～64歳  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | 医師記入欄 |
| インフルエンザ予防接種について説明書を読み、効果や副反応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よいといわれましたか。 | 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。  具体的な症状（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | はい | いいえ |  |
| 心臓病、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病、血液疾患等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 |  |
| 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いわれましたか | はい | いいえ |  |
| １ヵ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 |  |
| １ヵ月以内に家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 　　　　　　病名（ 　　　　　　　　　　　 ） | はい | いいえ |  |
| １ヵ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 |  |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。予防接種の種類や症状（ ） | はい | いいえ |  |
| 近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。 | はい | いいえ |  |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。 | 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 |  |
| 薬や薬品で皮膚に発しん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 |  |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。 （ 　 ）歳頃 | はい | いいえ |  |
| その時に熱がでましたか。（　　　　　度　　　　分） | はい | いいえ |  |
| 医師の記入欄 以上の問診及び診察結果、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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師署名又は記名押印ち  |

|  |
| --- |
| 被接種者の記入欄医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を （ 希望します ・ 希望しません ） ※( )内のどちらからを○で囲んでください。 令和 年 月 　 日 　 本人自署 　　　 （続柄　　　　　　　　　　） （※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） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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Lot No. |  ｍｌ | 実施場所 医師名接種年月日 令和 年 月 日 |