R4

霧島市　インフルエンザワクチン予防接種予診票

住所	霧島市	男 女	生年月日	大正 昭和　　年　月　日 （満　　歳　　か月）
ふりがな 受ける人の氏名				

質　問　事　項			医師記入欄
ご自宅の電話番号をご記入ください。　電話番号（　　－　　－　　）			
診察前の体温は何度ですか。	度　分		
現在何か病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。 病名（　　） その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（　　）	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	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
最近1か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	
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	
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	
これまでに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。 予防接種の種類（　　）	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	
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	
近親者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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

被接種者記入欄

上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、接種に同意しますか。（　同意します　・　同意しません　）

令和　　年　　月　　日　　接種希望者(フルネーム)

＊65歳以上の接種希望者が自署できない場合、代筆者が接種希望者名と代筆者名及び続柄を記載

＊医療従事者や知人による代筆はできません。　代筆者（　　）続柄（　　）

医師の記入欄

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　　）と判断します。

本人に対して、予防接種の効果、目的、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。

医師の署名（自筆）、もしくはゴム印と押印

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 Lot No.	0.5　ml	実施場所 医師名 接種年月日　令和　　年　　月　　日