

【延岡市】高齢者インフルエンザ予防接種予診票

(太枠内を黒ボールペンで記入)

令和7年度改訂

診察前の体温 度 分

住民票の 住 所	延岡市		
ふりがな			
氏 名	電話	男・女	
生年月日	大正・昭和	年	月 日生 (満 歳)

見 本

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種は10月以降1回目ですか。※2回目以降は「全額自己負担」です	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種について、市が作成した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 ()	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
具体的な症状 ()	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
予防接種の種類 ()	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
病 名 ()	いいえ	はい	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	いいえ	はい	
病 名 ()	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

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

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、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、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)

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。

このことを理解したうえで、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

- ※ 自署できない場合は、代筆者が署名し、下欄に代筆者の氏名および被接種者との続柄を記入すること
※ 被接種者の意思を確認した者が代筆すること

代筆者署名

(続柄:)

ワクチンロット番号	接種方法・部位	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
Lot No.	皮下接種	ml	実施場所 医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	(左 ・ 右)		接種年月日 令和 年 月 日

※医療機関の方へ 予防接種記録票(説明書のおもて面)を記入のうえ、被接種者にお渡しください。