

※この用紙は三島町に住所を有し、次の対象者以外の方は使用できません。① 65歳以上の方(接種時の満年齢) ② 60歳以上65歳未満であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方。

様式1

## 三島町高齢者インフルエンザ予防接種予診票

|      |  |  |  |  |         |     |      |                |            |
|------|--|--|--|--|---------|-----|------|----------------|------------|
| 住 所  |  |  |  |  | 診察前の体温  | 度 分 |      |                |            |
|      |  |  |  |  | 電 話 番 号 |     |      |                |            |
| フリガナ |  |  |  |  | 性 別     | 男・女 | 生年月日 | 明治<br>大正<br>昭和 | 年 月 日(満 歳) |
| 氏 名  |  |  |  |  |         |     |      |                |            |

| 質 問 事 項  | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|--|-------|-----|-------|
| ① 今日のインフルエンザ予防接種について説明書を読みましたか。  | はい    | いいえ |       |
| ② 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 |       |
| ③ 現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )<br>治療(投薬など)を受けていますか。<br>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 |       |
| ④ 免疫不全と診断されたことがありますか。  | はい    | いいえ |       |
| ⑤ 今日体に具合の悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いて下さい。( )  | はい    | いいえ |       |
| ⑥ 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 |       |
| ⑦ インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。<br>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 |       |
| ⑧ 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。<br>予防接種の種類( )                                   | はい    | いいえ |       |
| ⑨ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。<br>そのとき熱が出ましたか。   | はい    | いいえ |       |
| ⑩ 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類( )   | はい    | いいえ |       |
| ⑪ 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。<br>病名( )<br>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 |       |
| ⑫ 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。<br>病名( )  | はい    | いいえ |       |
| ⑬ 今日の予防接種について質問がありますか。   | はい    | いいえ |       |

【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 )  
本人に対して、予防接種の効果や副反応等及び予防接種健康被害救済制度について説明をした。

医師の署名又は記名押印

### 【インフルエンザ予防接種希望書】

医師の診察・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上で、以下のワクチンの接種を ( 希望します ・ 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上で、本予診票が三島町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日

本人自署

代筆者名

続柄

※自署できない方については、代筆者が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

|                 |       |       |
|-----------------|-------|-------|
| ワクチンメーカー名、ロット番号 | 接 種 量 | 医療機関名 |
| ワクチンメーカー名       | 皮下接種  | 接種医師名 |
| Lot No.         | ml    | 接種年月日 |