

**定期接種用**氷川町インフルエンザ予防接種予診票

氷川町に住民登録がある定期接種対象者以外には使用できません。

65歳以上	60～64歳 身体障害者手帳1級 有・無(1級相当) 心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルス		
	診察前の体温 度 分	外来 入院・入所	確認1

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ		男	明治	年	月	日生
氏名		女	大正	満	歳	
住民登録がある住所	氷川町		電話番号 - -			

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種は、今年度1回目ですか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。(予診票裏面)	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治療(投薬など)を受けていますか。病名( )	いいえ	はい	
その病気の主治医には、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	
今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全、ひきつけ(けいれん)の病気などにかかったことがありますか。病名( )	いいえ	はい	
その病気の主治医には、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	
今日、体に具合が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。( )	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りしたことがありますか。	いいえ	はい	
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	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類と接種日( )	いいえ	はい	
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。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。 予診医師の署名又は記名押印
-------	---

被接種者記入欄	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、接種を希望しますか。( 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。このことを理解の上、本予診票が氷川町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 ※代筆者氏名 ( 続柄 ) ※自署できない者は本人の意思を確認の上、代筆者が本人氏名を署名するとともに、代筆者氏名と被接種者との続柄を記載
---------	--

使用ワクチン名 : インフルエンザ HA ワクチン	接種量 : 0.5ml皮下接種	実施場所・接種医療機関又は医師名
Lot No.	有効期限 年 月 日	
接種年月日		

.....切り取り線(接種後に医療機関が切り取り、被接種者に済証を交付).....

氷川町インフルエンザ予防接種済証(本人控) ※セルフメディケーション税制の適用を受ける場合、本済証が使用できます。再発行はできません。

被接種者氏名	明治	年	月	日生
	大正			
	昭和			

実施場所・接種医療機関又は医師名・Lot No.

接種年月日

氷川町長