

市提出用

《松戸市》高齢者インフルエンザ予防接種 予診票

A B

対象年齢:①満65歳以上の者

②満60歳以上65歳未満で、心臓・腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり、この4つのいずれかで1級の身体障害者手帳を有する者

<医療機関の方へ>

下記の該当者は上記へ○を記入

A:生活保護受給世帯

B:左記対象者②

住所: 松戸市
フリガナ:
氏名:
性別: 男・女
電話番号: ( )
生年月日: 大正昭和 年 月 日 (満 歳)
本日の体温: 度 分

インフルエンザ予防接種を受けるのは、10月以降初めてですか
今日、松戸市に住民登録がありますか
いいえ はい
いいえ はい

質問事項 回答欄 医師記入欄
今日の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
現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか
病名( )
心臓病・腎臓病・肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気などにかかったことがありますか
病名( )
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
1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名( )
今日、体に具合の悪いところがありますか
具合の悪い症状を書いてください( )
薬や食べ物、特にニワトリの卵や鶏肉で発疹やじんましんなど、体の具合が悪くなったことがありますか ( )歳頃 薬品・食品名( )症状( )
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( 月 日: )
インフルエンザの予防接種を受けた際に具合が悪くなったことがありますか
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことがありますか
今日の予防接種について質問がありますか( )

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
[ ] 実施できる [ ] 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、説明をしました。
【医師署名: 】
※又は記名押印、ゴム印の場合は押印ください。

被接種者の記入欄 ※どちらかに○を記入してください
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、接種に対する有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、予防接種を →
希望する 希望しない
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
※右の欄へ原則自署、自署できない場合は、代筆者氏名及び受ける方との続柄を記載してください。
【被接種者(または代筆者)自署】
(続柄)

ワクチン名 Lot. No.
有効期限 年 月 日
接種量 皮下接種 0.5ml
接種(見合わせ)年月日 西暦 年 月 日
実施医療機関名・接種医師名
医療機関名:
医師名:

医療機関控用 《松戸市》高齢者インフルエンザ予防接種
1 被接種者名 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日
3 接種年月日 年 月 日 4 メーカー名 Lot. No.

本人控 《松戸市》高齢者インフルエンザ予防接種
1 被接種者名 2 生年月日 大正・昭和 年 月 日
3 接種年月日 年 月 日 医療機関名
4 メーカー名 Lot. No. 接種医師名