

＜医療機関の方へ＞

下記の該当者は上記へ○を記入

A:生活保護受給者

B:左記対象者②

対象者：①65歳以上の方

②60歳以上64歳の方で、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つのいずれかで身体障害者手帳1級相当の者

住 所	松戸市			
フリガナ		男・女	電話番号	()
氏 名				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		本日の体温	度 分

接種日時時点で、松戸市に住民登録がありますか。	いいえ	はい
接種日時時点で、65歳以上または上記②に該当しますか。	いいえ	はい
費用助成はその年度の実施期間内で1回限りです。インフルエンザ予防接種は10月以降初めて受けますか。 ※2回目以降は任意接種となり、全額自己負担です。	いいえ	はい

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について説明書を読みましたか	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など定期的に薬を処方されている疾患も含む) 病名()	はい	いいえ	
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 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
【上記質問ではいいの場合】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もよいと言われましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 症状()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名()	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 最後のけいれんは()歳頃	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
薬や食べ物、特にニワトリの卵で発疹やじんましんが出るなど、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()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 受けた日と種類(月 日:)	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	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことはありますか 症状()	はい	いいえ	
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 予防接種の種類・症状()	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	

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 理由()
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、予防接種を希望しますか	希望する	希望しない
この予防票は、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、本予防票が市町村に提出されることに同意します。 ※右の欄へ原則自署してください。自署できない場合は、代筆者が本人の氏名欄に受ける方の氏名を記入し代筆者の氏名及び受ける方との続柄を記載してください。	(本人氏名) _____ ※自署できない場合は以下も記入 (代筆者氏名) _____ (続柄) _____	

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

(切り取り)

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	明治・大正・昭和	年	月	日
3 接種年月日	年	月	日	4 メーカー名	Lot. No.

(切り取り)

本人控

《松戸市》 高齢者インフルエンザ予防接種済証

1 被接種者名	2 生年月日	明治・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				