

令和4年度 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

生年月日 昭和31年6月6日 (満 歳)

備考
自己負担額 無料

世田谷区外に転出したときは、転出先の保健所等で予診票をもらってください。
また、区内転居や氏名等に変更があった場合は、手書きで修正してご使用ください。

接種対象者

- ① 満65歳以上の方
※64歳の方は65歳の誕生日前日から対象です
- ② 満60~64歳で法定の障害のある方

住所 158-0081
世田谷区深沢4丁目34番7号

氏名
145411

接種期間
令和4年10月1日(土)~令和5年1月31日(火)
(東京23区および狛江・調布・三鷹市の指定医療機関で使用できます。接種期間を過ぎた場合、この予診票は使えません。)

(注) 体温は医療機関ではかります。※印は医師の記入欄です。

下の太枠内の質問項目に必要事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください

質問事項	回答欄		※医師記入欄
1 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 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。	はい	いいえ	4
2 今日受けるインフルエンザの予防接種について、区からの説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
3 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。	いいえ	はい	
4 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。()	はい	いいえ	
5 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()	はい	いいえ	
6 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() 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いわれましたか。	はい	いいえ	
7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名() 治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。 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いわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
8 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
9 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10 薬や食品(特に鶏卵・鶏肉)で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名() 接種日(/)	はい	いいえ	
12 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・見合わせたほうがよい) と判断します。
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

インフルエンザ予防接種希望書(必ず医師の診察の結果、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・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。

このことを理解の上、本予防接種予診票が区に提出されることに同意します。

(西暦) 年 月 日 被接種者署名

代筆者氏名 続柄

(自署できない方は代筆者が被接種者署名を記入し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
Lot No.	0.5ml	実施機関名・住所・電話番号
	接種部位	
	左・右	接種医師名
		接種年月日 (西暦) 年 月 日

(注)有効期限が切れていないか要確認