

<連合会提出用>

65歳以上の高齢者

0 9

インフルエンザ予防接種予診票(接種券)

2 福知山市

この予診票は、福知山市に住民票がない人(転出された場合)は、使用できません。
公費による接種は実施期間内に1回限りです。

R2

無 料

住所	福知山市	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
フリガナ		年齢	満	歳	性別	男・女
氏名		電話番号				

実施期間 令和2年10月1日(木) ~ 令和3年1月30日(土)	診察前の体温	度	分	← 接種場所で当日測定します。
-------------------------------------	--------	---	---	-----------------

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読みましたか。	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いますか。病名() 治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ はい いいえ	
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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
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	
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ことがありますか。	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。 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 はい いいえ	
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	
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	
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(月 日)	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	
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。	はい いいえ	
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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

※ボールペンで太枠内をご記入ください。

医師記入欄	<p>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。</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印 (印)</p>
-------	---

私は、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、接種を希望します。
また、この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的とします。このことを理解の上で、本予診票が福知山市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 _____

※自署できない場合は代筆者が被接種者の氏名を記載し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載すること
(代筆者署名 _____ 続柄 _____)

使用ワクチン名	接種量	医療機関コード・医療機関名・医療機関住所・接種医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン Lot No	(皮下注射) 0.5ml	医療機関コード 医療機関名 医療機関住所 接種医師名 接種年月日: 令和 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか確認		