

0	9	満65歳以上の高齢者	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。					
				R3	費用1,500円

住所	福知山市	生年月日	明 治 正 和 年 月 日
フリガナ氏名		年齢	満 歳 性別 男・女
		電話番号	

実施期間: 令和3年10月15日(金)~令和4年1月31日(月) ※接種場所で当日測定します。→

診察前の体温	度 分
--------	-----

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 ()	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	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。	はい いいえ	
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	
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	

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。 医師署名又は記名押印 (印)
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 _____)

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

※ボールペンで太枠内をご記入ください。(鉛筆不可)

インフルエンザ予防接種を受ける前の注意事項

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。
接種を受ける本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

以下の項目に該当する人は予防接種を受けることができません。

- ① 明らかに発熱のある人(一般的に、体温が37.5℃以上)
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人(急性の病気で薬を飲む必要のあるような人)
- ③ インフルエンザワクチンに含まれる成分でアナフィラキシー(接種後30分以内に起こるひどいアレルギー反応でショック状態になることもある)を起こしたことがある人
- ④ 過去のインフルエンザ予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた人、または全身性発疹などアレルギーを疑う異常がみられた人
- ⑤ 上記にあげる人のほか、医師が接種に不適當な状態と判断した場合

以下の項目に該当する人は、予防接種を受けるに際し、医師とよく相談してください。

- ① 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液の病気、その他慢性の病気で治療を受けている人
- ② 今までにけいれんを起こしたことがある人
- ③ 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器の疾患のある人
- ④ インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のものに対して、アレルギーがあるとされたことがある人
- ⑤ 過去に免疫不全の診断がされている人及び、近親者に先天性免疫不全症の人がいる人

実施医療機関一覧表

★印: 下記に注意事項あり

医療機関名	所在地	電話番号	予約	医療機関名	所在地	電話番号	予約
足立医院	上新町	22-3695	不要	ひろた泌尿器科クリニック	陵北町	45-8571	要★4
いづち医院	西羽合	22-5358	要	たぎ内科医院	上篠尾二区	25-3300	要★4
いなば内科クリニック	陵北町	24-5136	要	福知山市民病院	厚中間屋町	22-2101	不要
いのうえ皮フ科クリニック	上荒河	22-5512	不要	福知山市民病院大江分院	大江町河守	56-0138	要
岩坪医院	西佳屋野町	27-7933	不要★1	古川医院	南栄町	22-4578	要
大西内科医院	東小谷ヶ丘	22-3620	不要★2	古木内科医院	長山町	27-6011	不要
かやの医院	西佳屋野町	27-8020	要	牧整形外科医院	内記五丁目	23-4881	要★4
川口診療所	野花	33-3670	不要	松木医院	和久市町	23-8250	不要
木村外科医院	西岡町	22-2947	要	松木皮フ科医院	北本町二区	22-3322	不要
京都ルネス病院	西本町	22-3550	要	松本病院	土師宮町	27-1588	要
雲原診療所	雲原	36-0011	要	松山内科循環器科医院	内記三丁目	22-2889	要
小山医院	猪崎	23-7715	不要	もみじヶ丘病院	荒木	22-2288	要★4
柴田医院	大池坂町	27-0101	不要	森井内科クリニック	土師新町南	27-9229	不要
高尾医院	夜久野町井田	37-0020	要	吉河医院	大江町河守	56-0107	要
竹下医院	駅前町	22-2675	不要	渡辺医院	牧	33-3810	不要
土佐医院	西本町	23-6115	要★3				
なかじ医院上夜久野診療所	夜久野町門垣	38-1017	不要				
なかむら整形外科クリニック	陵北町	25-1919	要★4				
西垣内科医院	夜久野町額上町	37-0127	不要				
人見医院	蛇ヶ端	22-3576	不要				

- ★1 午後は6時半まで、木曜休診
- ★2 午前11時まで、午後6時までに受付
- ★3 通院中の方は予約不要
- ★4 通院中の人のみ実施

◎上記の医療機関以外で接種を希望される人は、健康医療課にお問い合わせください。
(TEL 23-2788)