インフルエンザ予防接種予診票（米沢市提出用）

定期接種用

◎下の表の太枠の中の当てはまるところに、記入又は○で囲んでください。

コードNo.	
生保該当	有 ・ 無

住所	米沢市		電話	
（フリガナ） 氏名		男・女	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日生（満 歳）

診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について市町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今回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	
現在体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（ ）	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
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（ ）	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
これまでに心臓、腎臓、肝臓、血液等の病気にかかったことがありますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起したことがありますか。	いいえ	はい	
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。 薬・食品名（ ）	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
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がありますか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

接種を受ける者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、接種することに（ 同意します ・ 同意しません ）※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
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、本予診票を市町村に提出することに同意します。

接種を受ける者の自署※ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種を受ける者との続柄を記入）

代筆者氏名 代筆者の続柄

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 ・ 見合わせた方がよい ）と判断します。
接種を受ける者に対して、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 みみはなのどさいとうクリニック 齊藤史明

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 0.5 ml 右上腕 ・ 左上腕 ・その他［ ］	実施場所 米沢市東3丁目4-36 医師名 みみはなのどさいとうクリニック 齊藤史明 接種年月日 令和 年 月 日