

住 所		診察前の 体温	℃
カ ナ		電話番号	
氏 名			男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生（満 歳）		

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今年度、実施期間中に公費にてインフルエンザ予防接種を受けましたか。 （今年度、実施期間中に既に公費にて接種している場合は公費対象外となります。）	はい	いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について裏の説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状（ ）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。（感染症含む） 病名（ ）	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。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
今までに心臓血管系・腎臓・肝臓・血液、呼吸器・免疫不全症などの病気、その他の病気にかかり、医師の診察をうけたことがありますか。 病名（ ） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
今までに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」と答えた方、いつ受けましたか。（令和 年 月） 接種後2日以内に発熱や全身性発疹等の症状がでたことがありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
今までに予防接種（インフルエンザ以外）を受けて、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	
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	
薬や食品（鶏卵や鶏肉など）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（ ）	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	※60歳以上65歳未満の対象者（心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害を有する者）のみ記入 疾患名（ ）※身体障害者手帳の写しを添付※
	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（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及び同意書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。）

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について理解した上で接種を希望します。また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者（予防接種を受ける方）自署

（※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、以下に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

代筆者氏名

続柄

ワクチンロット 番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No	皮下接種 右・左	※接種を見合わせた場合（予診のみ）でも、実施場所等について、下記欄へご記入下さい。
	0.5 ml	実施場所 医師名 接種（予診）年月日 令和 年 月 日