

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

大分市（高齢者用指定用紙）

医療機関記入欄（該当する箇所に○をつけてください）
※免除者は確認書類にも○

負担者	免除者		不可
	①生保（番号）	②非課税（証明）	
	②（介護通知・介護認定証・後期高齢者確認書）		
60～65歳未満		65歳以上	

60歳～65歳未満の方は、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、身体障害者手帳1級相当に該当する方のみが対象です。

診察前の体温	度分
--------	----

※住所は必ず住民票地の住所をご記入ください。
（通称の住所でも結構です。）

住所	大分市	電話	
ふりがな			
氏名			男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生（満 歳）		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について大分市から配られている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よいといわれましたか。	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。 具体的な症状を書いてください。（ ）	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	
その病気をみ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	
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	
最近1か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	
新型インフルエンザ又は季節性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がありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。（ ）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名
メーカー名		実施場所
Lot No.	mL	
接種年月日 又は不可時の診察日	令和 年 月 日	医師名

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後で記入してください。）
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、副反応の可能性など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） 令和 年 月 日
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
接種を受ける方の署名（代筆者の氏名） 続柄
※目書きできない場合は、代筆者が被接種者氏名を代筆署名のうえ、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。