

※千葉県で65歳以上の方は、この予診票には記入しないでください
お住まいの市町村指定の予診票をお持ちください

ID 東・西・R 病棟

インフルエンザ予防接種予診票

対象者： ① 64歳以下の方 ② 千葉県以外の方
③ 65歳以上(千葉県在住)の方で、市の補助を利用しない方

接種代
3,000円

※太線内は本人またはご家族の方がお書きください			接種当日の体温 (※病棟記入欄)	度	分
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成	年	月
住所	県都 市区				
			(満 歳)		
質問事項				回答欄	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()				はい	いいえ
薬や食品(特に卵)で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
その時に熱が出ましたか				はい	いいえ
今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・気管支喘息 その他)にかかりましたか ()				はい	いいえ
その病気の主治医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか				はい	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか				はい	いいえ
予防接種名 ()					
症 状 ()					
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマーグロブリンの接種を受けましたか (接種を受けていた場合、効果が充分出ない場合があります)				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

注) 必ずお読みください

- ① 副作用として全身症状(発熱・悪寒・頭痛・倦怠感・アレルギー・嘔吐等)や局所症状(接種部位の発赤・痛み・腫脹等)が現れることがあります
- ② ワクチン接種で感染、発症を完全に予防することはできませんが、重症化することを防ぐ効果があるとされています
- ③ ワクチンが十分な効果を維持する期間は、接種後2週間から約5ヵ月とされています

以上の説明を了承いたしましたので 接種を (希望します ・ 希望しません)

令和 年 月 日 本人署名 ()

代筆者氏名 () 続柄 ()

(※本人が署名できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び本人との続柄を記入してください)

医師記入欄	問診及び診察の結果 今日の予防接種は (適 ・ 不適) 令和 年 月 日
	ワクチン名・ロット番号 (Lot No.) 医師名