

令和3年度 インフルエンザ予防接種予診票

住所					
住民コード	フリガナ氏名	性別	生年月日	年齢	

予診票は、油性ボールペン等、消すことのできない筆記用具で記入してください。

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	回	度分	
今日のインフルエンザの予防接種について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	
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よいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヵ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ヵ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名（ ）	はい	いいえ	
最近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	
これ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。 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	
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がありますか。 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
薬や食品（鶏卵、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。	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	
メーカー名	0.5ml	医師名	
Lot No.		接種年月日	令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書

（医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を希望しますか。（はい・いいえ）

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、本予診票が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
（自署できない者は代筆者が署名し、以下に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

代筆者 _____ 続柄 _____ 市処理欄 非課税世帯 生活保護世帯

見本

令和3年度 インフルエンザ予防接種の実施について

予防接種法の規定により、インフルエンザ予防接種を実施します。
同封のお知らせなどをよく読んで、この書類を接種医療機関へ持参してください。

各医療機関長様

インフルエンザ予防接種（個別接種）を依頼します。

観音寺市長 白川 晴司

切り離さないで医療機関へ持って行ってください。

インフルエンザ予防接種済証

インフルエンザ予防接種済の証明書です。
個人で大切に保管してください。

住所					
氏名	性別	生年月日	年齢		

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

予防接種を行った医療機関名

見本

観音寺市長 白川 晴司



切り離さないで医療機関へ持って行ってください。

観音寺市に住民票がない場合は受けられません。