

## 2024 年度福山市高齢者インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度	分
住 所	福山市	電話 ( - - )
名 前		
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日生 (満 歳)

\*次の書類により市民であることを確認してください。①保険証・受給者証 ②免許証 ③その他公的書類

福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
- ② 介護保険料決定通知書(又は特別徴収額決定通知書)(所得段階が1~3段階に限る。)
- ③ 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」
- ④ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの)
- ⑤ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)

番号記入欄

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
インフルエンザの予防接種について、医療機関に置いている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
インフルエンザ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	
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。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。( )	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	
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	いいえ	
① 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	
② 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はありますか。	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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類( )	はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか。	はい	いいえ	
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か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
病名( )	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)\*どちらかを○で囲む。  
本人に対して、予防接種の効果や目的、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

印

該当する場合に 60歳以上65歳未満で一定の心臓、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機能障がいがある者である。

## 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、重篤な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・希望しません)  
\*どちらかを○で囲む。

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、この予診票が市に提出されることに同意します。

本人署名

※必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)

※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反する事なく、本人署名欄に本人の名前を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。

代筆者名前

続柄

ワクチンメーカー名・ロット番号	接 種 量	実施医療機関名・医師名・接種年月日
メーカー名	<input type="checkbox"/> 0.5ml	実施医療機関名
Lot No.		医 師 名
※シール貼付可。有効期限を確認	<input type="checkbox"/> ml	接種年月日