証明書確認項目欄の記入例

4=.1			- 15 T - N T								
福山市高齢:	者インフル	エンザ予防抗	を種 予診票	診察前	の体温			度		分	
	福山市			生 年	月日	+ 7	 昭和 	年	月	В	
住 所	i				カロ 齢)	Λп	: * ms+u (満		数)		
				(4	MP /		\ <i>m</i>		94.7		
フリガナ				性	別		男	•	女		
名 前	ı			電話	番号	()	-	-		
*次の書類により1	市民であることを	確認してください。(D保険証・受給者証	②免許	証 ③そ	の他公的	内書類				
福山市内の医療権	*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 運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(又は特別微収額決定通知書)(所得段階が1~3段階に限る。)③ 「徐期高齢者医療限度報適用・標準負担額減額認定証」										1	
(3)「使制尚能者医療液度阻滅用・標準真担額素額認定証」 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・そ				<u> </u>						
		質問事	項				0 1	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	ó١.	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	こかかっていま	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 具合の悪い症状を					,		はい	いいえ			
		いが出たり、体の具:	合が悪くなったこと	とがありま	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			
		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。 予防接種の種類())								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 () 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 () 今日の予防接種について質問がありますか。						はい	いいえ	_			
7 HOUST HOTELES		び診察の結果、今	ロの子院接触は	(可能	. E.A.	hat z					
医師記入欄	医師記入欄 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	†P					印		
該当する場合に✓	□60歳以上65歳	未満で一定の心臓、じん	心臓若しくは呼吸器の	機能又はヒ	卜免疫不?	全ウイル	スによる免疫	機能障がいが	ある者であ	ించి.	
インフルエンサ	ゲ予防接種希望	図書 (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 接種を (希望します・ 希望しま								,)			
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。 *どちらかをOで囲む。 この予診要は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 本人署名											
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。 本人署名 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											
このことを理解の主、この字形景が中に提出されることに同思 します。 ※必須(代理人による代警配名の場合も含む。)									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 代筆者名前 続柄							- WH U				
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。											
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		□0.5m1	実施医療機関名								
Lot No. ※シール貼付司 有ち	外間ではたる金額	□ m1	医 師 名								
AV 7811 % 192	WANTED OF THE BO	_ m1	接種年月日				年	月	目		

被接種者より、次のいずれかの 書類の提示、又は確認ができた 場合は、「番号記入欄」に該当の 番号を記入してください。

- ・市民税非課税の「証明書(医療機関用)」
- ・・・・①を記入
- 「介護保険料決定通知書」、又は「特別徴収額決定通知書」
 - …②を記入
- ·「後期高齢者医療資格確認書」
 - ・・・・③を記入
- ・中国残留邦人等の支援給付受給者に係る、写真付きの「本人確認証」
 - ・・・④を記入
- 生活保護受給者に係る、「休日・夜間等受診票」
- ・・・⑤を記入

保予- 2025. 7. ×

- ※証明書の年度及び有効期限 の確認をお願いします。
- ●各証明書(原本又はコピー)を保健予防課へ提出する必要はありません。「番号記入欄」への記入 を確実にお願いします。
- ●原本は被接種者へ返却してください。高齢者インフルエンザ接種時に取得した証明書を、高齢者 肺炎球菌接種時に再度利用していただくことができます。 <u>※接種時の年齢にご注意ください。</u>

予診票記入例(対象者本人が署名する場合)

福山市高齢	者インフルエンザ予防技	を 種予診票 診察前の体温		度	W	
住 所	福山市	生年月日(年齢)	大正・昭和(油		B B	接種時の体温を記入。
フリガナ		性別	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		──	7X12×7×411 (22 22 40)
			<i>3</i> .	, , ,		
名 前		電話番号	()		<u></u> :	
	「民であることを確認してください。(・関において次のいずれかの書類を		他公的書類 水布欄に記入	してください。		
① 市民税非課税 ② 介護保険料決 ③ 「後期高齢者医 ④ 中国残留邦人	世帯の「証明書(医療機関用)」 定通知書(又は特別徴収額決定通知 「療限度額適用・標準負担額減額認	回書)(所得段階が1~3段階に限る。 定証」 【付きの「本人確認証」(接種日時点で		(の) 一番号	紀入福	
	質 問 事	項		答 欄 医	師記入欄	
インフルエンザの	D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		接種時に対象者が記入。
	D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			
30 1110 1110 1111	こかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	.*	
THE RESERVE OF THE PERSON OF T	を受けていますか。 らっている医師に、今日の予防接続	種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	.••	
	されたことがありますか。	ZEX.7 COV CHIMAGON	はい	いいえ	•	
	悪いところがありますか。		はい	いいえ		
	·書いてください。(発疹やじんましんが出たり、体の具:) 全が悪くかったことがありますか	はい	いいえ		
	レエンザの予防接種を受けたこと		はい	いいえ		
	が悪くなったことはありますか。 ザ以外の予防接種の際に具合が	■ノわった=しけれりませか	はい	いいえ		
	プリ外の予防接種の際に具合かれ いん)を起こしたことがあります		はい	いいえ		
	こ予防接種を受けましたか。)	はい	いいえ		
	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		問診の結果、医師が接
病名(その癖気を診ても	らっている医師に、今日の予防接種) 支票けてよいと言われましたか。	はい	いいえ		種可能と判断した場合、
	こ熟が出たり、病気にかかったり		はい			「可能」を〇で囲む。
今日の予防接種に	こついて質問がありますか。		はい	いいえ		医師の署名(直筆)
		日の予防接種は(可能・見合わ		らかを○で囲む。		区間の省石(恒単)
医師記入欄		や目的、副反応及び予防接種健康	皮害教済制度!	とついく、説明	た。	ゴム印+朱印
about the series		名又は記名押印		印	>	
		し職者しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全!			である。	対象者が該当するほ
インフルエンサ	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	' 。)	<u></u>	N家有が該当するは → うを○で囲む。
	明を受け、予防接種の効果や目的 ついて理解した上で、接種を希望	11 ますか	* どちらか	・ 希望しません *を○で囲む。	きん))eo (mo.
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。 本人署名	*******	e c c mos	41.	
このことを理解のします。	の上、この予診票が市に提出され	ることに同意				*.
	ない場合は、実施等の代答者が太	人の意思を確認し、本 代筆者名前		こよる代章記名の場 続柄	合も含む。)	対象者が署名(直筆)
人の意思に反する	事なく、本人署名欄に本人の名前 本人との続柄を記載してください	を代筆記名し、右欄に	•	120112		
ワクチンメーカー	各・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	□0.5m1	実施医療機関名			—	
Lot No. ※シール貼付可 有効	が期限を確認 □ m1	医 師 名	_			'
	福山市保健予防険で保管します。	接種年月日	年	月 保予- 2	025. 7. ×	
				7		

接種後に医療機関で記入。 なお、メーカー名・Lot No.につい てはシールの貼付可。

予診票記入例(代筆者が記名する場合)

	<u>インフルエンザ予防接</u> _{冨山市}	15 1 PY 75.		前の体	•	大正	. g77 #/n	年	月 [
斯				年 月 日年 齢)	-	VIE.	(満		月 [歳)		接種時の体温を記.
リガナ			性		別		男		女	┇	
前年			電	話番	号	()		_	E	
大の書類により市民	であることを確認してください。①	保険証・受給者証	②免	MAE (他公的	書類	•		-Ji	
	において次のいずれかの書類を確 帯の「証明書(医療機関用)」	(認した場合は、確	想し	と書類	の番 4	号を右着	に記入し	てください	•		
	■知書(又は特別徴収額決定通知 ・関東報答用・提供会報報送報報	書)(所得段階が	1~31	受階に	思る 。)		•	番号記入欄		
	放送領域市・保予員担領系領部の の支援給付受給世帯の人で、写真				時点	で、有効	つであるも	ത)	** *		
生活体験世帯の	人で、「休日・夜間等受診票」(接種 質 問 事	項	തെ	60)		-		答 欄	医師記入権		
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	を讃	みまし	たか		はい	いいえ	: ''		
ンフルエンザの予	防接種の効果や副反応などにつ	ついて理解しまし	たか	٠,			はい	いいえ	Ŀ		
在、何か病気にか	かっていますか。 病名()	1	はい	いいえ			種時に代筆者が対
療(投薬など)を	受けていますか。					1	はい	いいえ	l .	* ∥者	の情報・状態を記
	っている医師に、今日の予防接種	を受けてよいと言	th/t	ました	か。		はい	いいえ	.	\dashv	
	したことがありますか。						はい	いいえ	.	_	
日、体に具合の悪 合の悪い症状を書	いところがありますか。 いてください。()		3	はい	いいえ	<u> •</u> •		
	いしてんましんが出たり、体の具合	が悪くなったこと	があ	りますだ	jv _o		はい	いいえ	<u>fi</u>		
	ンザの予防接種を受けたことが	がありますか。				7	はい	いいえ	 		
	Bくなったことはありますか。 以外の予防接種の際に具合が悪	くかったことは	あい	ますか		•	はい	いいえ	 :		
	以外のア助技権の際に共合か志 、)を起こしたことがありますが		3D 7	o- ラ // '	0		はい	いいえ	 	-	
近1か月以内に予	防接種を受けましたか。					1	はい	いいえ	ľ	\dashv	
予防接種の種類		1 46-11-)	‡	10.0	0.0.7	! :	_	
臓病、じん臓病、 病名(肝臓病、血液疾患などにかかっ	ったことかありま	すか	٠.)	3	はい	いいえ	E		
の病気を診てもら	っている医師に、今日の予防接種を		われま	にしたか	۸,		はい	いいえ	<u> </u>		診の結果、医師が
近1か月以内に熟 病名(が出たり、病気にかかったりし	しましたか。)	1	はい	いいえ	[:	11.	」診の結果、医師だ 可能と判断した場
	いて質問がありますか。				,		はい	いいえ	!	— I I I	可能」を〇で囲む。
D	上の間診及び診察の結果、今日	の予防接種は	(可	能・見	合社	せる	レ *どち	らかを○で	囲む。	コビ	
医師記入欄 本	人に対して、予防接種の効果や	P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。		医師の署名(直針
	医師署名	名又は記名押印]						印		又は
当する場合に☑ □	60歳以上 65歳未満で一定の心臓、じん			まと ト免担	- 関本全	ウイルス	による免疫	機能障がいが	ある者である。		ゴム印+朱印
ンフルエンザキ	防接種希望書(医師の診察の料	果、接種が可能と	判断	された	後に賞	ころして	ください	。)		┑	
	受け、予防接種の効果や目的、			接種	を (· 希望	しません)	対象者が該当す
	へて理解した上で、接種を希望し では理解した上で、接種を希望し			,,,,12	``			をOで囲む			うを〇で囲む。
	方接種の安全性の確保を目的とし			本人	署名					:	
のことを理解の」 ます。	L、この予診票が市に提出される	ることに同意				多点理	(代理人!"	よる作業的な	名の場合も含む	;; ! -	代筆者が <u>対象者</u>
本人が署名できな	い場合は、家族等の代筆者が本人			代筆	者名[11 4-2/11	続柄			名前を記入。
	なく、本人署名欄に本人の名前を	代筆記名し、右	欄に							1	
	人との続柄を記載してください。		pilo de	e per arte i	do mm *	gan de	T. A. 1411	10 Art 17 -		<u> </u>	
	・ロット番号 接種量	実施医療機関名	天原	医医療科	機関名	・医師	和名・接続	重平月日		\prec	I to help also a Same field at
ーカー名 ot No.	□0.5m1	医 師 名									代筆者が代筆者
シール貼付可 有効期	限を確認 □ m 1	接種年月日					年	月	B	-	身の名前を記入。
※ この予診原は、 値 :	山市保健予防機で保管します。								★サー2025. 7. ×	_	た、対象者からみ
			_				\				代筆者の続柄を誇
					<u> </u>						
							\	_/			
									~		
									按 插络/	- 厍 痃	
									接種後	こ医療	機関で記入。

接種後に医療機関で記入。 なお、メーカー名・Lot No.につい てはシールの貼付可。