

②①請求月:2025年10月

実施医療機関

医療機関コード

①⑧0000111111

○×△クリニック

※太枠の中をボールペンでご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	接種日現在、住民登録されている住所をご記入ください。 ※市外に転出した場合は使用できません 春日部市				
フリガナ	⑤		男	電話	
氏 名	⑥		④ 女	生年 月 日	大正 ③ 年 月 日生 昭和 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日のインフルエンザの予防接種についてこの予診票についている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2. 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	
3. 現在、何か病気にかかっていますか 月 日 ～ 月 日 病名 () 治療(投薬など)を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい	いいえ	
4. 免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
5. 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	
6. 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	
7. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①その際に具合が悪くなったことはありますか 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 はい	いいえ いいえ	
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	
9. 1か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	
10. 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 () 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 はい	いいえ いいえ	
11. 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 月 日 ～ 月 日 病名 ()	はい	いいえ	
12. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄	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)と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。	医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 実施年月日 (実施を見合わせた場合も記入してください)
Lot No.	皮下接種 0.5 ml	実 施 場 所 医療機関の長 実施年月日 ⑬ 年 月 日

高齢者インフルエンザ接種希望書 (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・接種を希望しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が春日部市に提出されることに同意します。

被接種者自署

※必ず記入してください。

年 月 日

※本人が記入できない場合は、接種を希望している旨を確認した上で、家族が代筆し、代筆者名および続柄を下記に記入

代筆者名 続柄

<やむを得ず家族以外が代筆する場合>
□本人または家族からの依頼により代筆します。(□にレ点をつけてください。)
被接種者自署欄に代筆し、代筆者名には同伴者の氏名、続柄を記入してください。