

## 令和7年度 高齢者インフルエンザ予防接種 予診票

自己負担額

※太枠内に消えないボールペンで記入してください。

|                    |                         |     |         |                                                                 |
|--------------------|-------------------------|-----|---------|-----------------------------------------------------------------|
| 住 所                |                         |     | 診察前の体温  | (                  度                  分)<br>※体温は医療機関で測り記入してください |
| フリガナ<br>接種を受ける人の氏名 |                         | 男・女 | 電 話 番 号 | (                  )<br><br>—                                   |
| 生年月日               | 生（満                  歳） |     |         |                                                                 |

※那覇市外に転出した方は、この予診票を使用することはできません。

| 質 問 事 項 |                                                | 回 答 欄 |     |     | 医 師<br>記入欄 |
|---------|------------------------------------------------|-------|-----|-----|------------|
| 1       | 今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られ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。 病名( )                        | はい    | いいえ |     |            |
|         | 治療(投薬など)をうけていますか。<br>薬の名前・種類( )                | 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もよいと言われましたか。             | はい    | いいえ | 未確認 |            |
| 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。<br>具合の悪い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。                      | 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 |     |            |
| 8       | 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 |     |            |
| 9       | 1か月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類( )               | 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。<br>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 |     |            |
| 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。<br>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。

接種を受ける本人又は家族に対して、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しました。

医師署名または記名押印

インフルエンザワクチン接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)

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、予防接種健康被害救済制度について理解した上で接種を希望します。また、予防票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予防票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者(または代理人)署名

(代理人の場合)続柄

(自署出来ない方の場合) 家族などの代理人が署名をする場合は、代理人氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

|                                                      |        |                                           |                                            |  |  |  |
|------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|--|--|--|
| 使用ワクチン名(使用期限注意)                                      | 接 種 量  | 自己負担なし<br><br><input type="checkbox"/> ※2 | 実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入ください)            |  |  |  |
| ワクチン名                                                | 皮下接種   |                                           | 実施場所                                       |  |  |  |
| (Lot No.)<br><br>予診のみ<br><input type="checkbox"/> ※1 | 0.5 ml |                                           | 医 師 名                                      |  |  |  |
|                                                      |        |                                           | 接種(予診)年月日    令和        年        月        日 |  |  |  |

※1 予診のみの場合は□にチェックを入れてください。 ※2 自己負担なしの場合は□にチェックを入れてください。