

令和3年度 高齢者インフルエンザ予防接種 予診票

自己負担額

[ ]

※太枠内にご記入ください。記入は黒のボールペンなどで記入してください。

Table with 4 columns: 住所, フリガナ (接種を受ける人の氏名), 生年月日, 診察前の体温 (度分), 電話番号. Includes gender selection (男・女).

※必ず住民登録している那覇市の住所を記入してください。那覇市の住民登録者以外がこの予診票で接種することはできません。

Table with 4 columns: 質問事項, 回答欄 (はい/いいえ), 医師記入欄. Contains 12 numbered questions regarding medical history and vaccination readiness.

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、予診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、本予診票が那覇市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。

Table with 4 columns: 使用ワクチン名 (使用期限注意), 接種量, 自己負担なし, 実施場所・医師名・接種年月日. Includes checkboxes for consent and self-payment.

※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。