

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

横浜市

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住所	横浜市 _____ 区 _____		連絡先	_____
性別	男	女		
生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳)	年齢確認 (保険証等)		
障害の種類 (60歳以上65歳未満の方で1級相当の障害のある場合、あてはまるものに○)	心臓 _____ じん臓 _____ 呼吸器 _____ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能	障害者手帳		
		診断書		

ご利用者様の情報をご記入下さい

自己負担免除対象者 医療機関確認欄

自己負担免除 確認書類(番号に ○をつける) ※1〜7は、いずれ かの書類を必ず 添付すること	1 「介護保険料額決定通知書」又は「介護保険料額通知書」のコピー (第1段階 ~ 第4段階)
	2 「介護保険負担限度額認定証」のコピー
	3 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」のコピー
	4 「休日・夜間等診療依頼証」又は「生活保護費支給証」又は「保護廃止証明書」のコピー
	5 「本人確認証」(中国残留邦人等の方で支援給付を受けている方に発行)のコピー
	6 高齢者インフルエンザ予防接種自己負担免除対象者確認書 (原本に限る)
	7 「生活保護受給証明書」(原本に限る)
	8 「生活保護法医療券」

質問事項

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について横浜市から配られている説明書(ご案内)を読みましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 (_____)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具名(病名)を書いてください。 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 (_____)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 (_____)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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。 病名 (_____)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

質問事項に必ずお答え下さい

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(実施できる・見合わせた方がよい)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しました。 医師署名 又は 記名押印 (捺印)
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医療機関名・医師名・接種年月日
Lot No.	0.5ml	実施場所 医療機関名・医師名 接種年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。

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、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。

被接種者氏名 (署名・代筆の場合) **被接種者氏名にはご利用者様のお名前**
代筆者氏名にご家族様のお名前をご記入下さい