

対象者：①65歳以上の者

②60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり、この4つのいずれかで身体障害者手帳1級相当の者

(医療機関の方へ) 下記の該当者は上記へ○を記入 A:生活保護受給者 B:左記対象者②

住所: 松戸市
フリガナ:
氏名:
生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
電話番号: ()
本日の体温: 度 分

接種日時点で、松戸市に住民登録がありますか。
接種日時点で、65歳以上または上記②に該当しますか。
費用助成はその年度の実施期間内で1回限りです。インフルエンザ予防接種は10月以降初めて受けますか。

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お知らせを読みましたか
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか
現在、何か病気にかかっていますか(高血圧など定期的に薬を処方されている疾患も含む)
病名()
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()
治療(投薬など)を受けていますか
【上記質問ではいの場合】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もよいと言われましたか
今日、体に具合の悪いところがありますか 症状()
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気がかかりましたか 病名()
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは()歳頃
免疫不全と診断されたことがありますか
薬や食べ物、特にニワトリの卵で発疹やじんましんが出るなど、体の具合が悪くなったことがありますか
()歳頃 薬品・食品名() 症状()
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 受けた日と種類(月 日:)
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか
その際に具合が悪くなったことはありますか 症状()
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に具合が悪くなったことがありますか
予防接種の種類・症状()
今日の予防接種について質問がありますか()

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
□ 実施できる □ 見合わせる
理由()
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、ゴム印の場合は押印ください。

被接種者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、接種に対する有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、予防接種を希望しますか
希望する 希望しない
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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
※右の欄へ原則自署してください。自署できない場合は、代筆者がご記入ください。

ワクチン名 接種量 接種(見合わせ)年月日 実施医療機関名・医師名
Lot No. 皮下接種 西暦 医療機関名:
有効期限 年 月 日 0.5 ml 年 月 日 医師名:

切り取り

松戸市 高齢者インフルエンザ【定期】予防接種済証(本人控え)空え)

紛失しないよう、大切に保管してください。

氏名 接種年月日 年 月 日
製薬会社名 医療機関名
Lot No. 接種医師名