

見本

令和 6年度
インフルエンザ予防接種
(高齢者用)

有効期間
令和 6年10月 1日～令和 7年 1月31日

問い合わせ先
永平寺町 保健センター
0776-61-0111

接種前に切り離さないでください。

令和 6年度 高齢者用インフルエンザ予防接種予診票兼接種券

| | | | | | |
|------|-------|--------|--------|---|---|
| 整理番号 | 自己負担額 | 2,000円 | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住所 | | | | | |
| フリガナ | 性別 | 男・女 | 電話番号 | | |
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日生 | 歳 | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|----------------|-------------------|-------|
| 今日のインフルエンザ予防接種について、裏面の説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 現在、何か病気にかかっていますか。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 はい はい | いいえ いいえ いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。〔 〕 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 過去にインフルエンザ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 はい | いいえ いいえ いいえ | |
| 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 | |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類〔 〕 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 最近1ヶ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 | いいえ | |
| 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 〕 本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 |
|-------|--|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施機関・医師名・接種年月日 |
|------------------|-----|----------------------------|
| ワクチン名 Lot No. | m l | 実施機関 医師名 接種年月日 年 月 日 |

高齢者用インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 〕
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、本予診票が永平寺町に提出されることに同意します。
被接種者自署〔 〕
代筆者署名〔 〕 続柄〔 〕
※自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

令和 6年度
新型コロナウイルス感染症
予防接種（高齢者用）

有効期間
令和 6年10月 1日～令和 7年 3月31日

問い合わせ先
永平寺町 保健センター
0776-61-0111

接種前に切り離さないでください。

令和 6年度 高齢者用新型コロナウイルス感染症予防接種予診票兼接種券

| | | | | | |
|------|-------|--------|--------|---|---|
| 整理番号 | 自己負担額 | 3,000円 | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住所 | | | | | |
| フリガナ | 性別 | 男・女 | 電話番号 | | |
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日生 | 歳 | | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|----------------|-------------------|-------|
| 今日の新型コロナウイルス感染症の予防接種について、裏面の説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 現在、何か病気にかかっていますか。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 はい はい | いいえ いいえ いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。〔 〕 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 過去に新型コロナウイルス感染症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新型コロナウイルス感染症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 はい | いいえ いいえ いいえ | |
| 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 | |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類〔 〕 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 最近1ヶ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 | いいえ | |
| 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 〕 本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 |
|-------|--|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施機関・医師名・接種年月日 |
|------------------|--------------|----------------------------|
| ワクチン名 Lot No. | 筋肉内接種 m l | 実施機関 医師名 接種年月日 年 月 日 |

高齢者用新型コロナウイルス感染症予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と診断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 〕
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、本予診票が永平寺町に提出されることに同意します。
被接種者自署〔 〕
代筆者署名〔 〕 続柄〔 〕
※自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。