

高齢者インフルエンザ予防接種予診票  
(予防接種法に基づく満65歳以上の接種用)

苦小牧市民以外の方は使えません

|        |      |   |     |   |     |                        |
|--------|------|---|-----|---|-----|------------------------|
| 診察前の体温 |      |   |     | 度 |     | 分                      |
| 住 所    | 苦小牧市 | 町 | 丁目  | 番 | 号   | 生年月日                   |
|        | 字    |   | 番地の |   |     | 大 正 年 月 日<br>昭 和 (満 歳) |
| フリガナ   |      |   |     |   | 性 別 | 電 話 番 号                |
| 氏 名    |      |   |     |   |     |                        |

|                                                                      |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 60歳～64歳で次の理由のうち <b>身体障害者手帳1級</b> を交付されている者<br>ただし、右記の障がい単独で1級になる者に限る | 心臓機能    じん機能    呼吸器機能    ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能 (○をつける) |
|                                                                      | 手帳番号( )                                            |

|          |                                   |
|----------|-----------------------------------|
| 予防接種料    | 一 般            1,300円(消費税込み)      |
| (被接種者負担) | 免除者            0円 生活保護世帯(保護手帳番号 ) |

| 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。<br>病 名 ( )                  | は い   | いいえ |       |
| 治療(投薬など)を受けていますか。                             | 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 |       |
| 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。<br>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 |       |
| 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 |       |
| けいれんを起こしたことがありますか。                            | は い   | いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種名 ( )               | 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 ( ) | 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 |       |
| 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 |       |
| 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)<br>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、説明した。<br>医師のサイン |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                       |                   |                                       |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 使 用 ワ ク チ ン                           | 用 法 ・ 用 量         | 実施場所・医師名・接種年月日                        |
| 名 称：インフルエンザHAワクチン<br>メーカー名：<br>ロット番号： | 皮下接種<br><br>0.5ml | 実 施 場 所：<br>医 師 名：<br>接種年月日： 令和 年 月 日 |

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>インフルエンザ予防接種希望書</b> (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、インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。<br>(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。<br>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。              |
| 令和 年 月 日 被接種者署名 _____<br>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)                |



高齢者インフルエンザ予防接種予診票

(医療機関控)

(予防接種法に基づく満65歳以上の接種用)

苦小牧市民以外の方は使えません

|        |      |   |     |   |     |                        |
|--------|------|---|-----|---|-----|------------------------|
| 診察前の体温 |      |   |     | 度 |     | 分                      |
| 住 所    | 苦小牧市 | 町 | 丁目  | 番 | 号   | 生年月日                   |
|        | 字    |   | 番地の |   |     | 大 正 年 月 日<br>昭 和 (満 歳) |
| フリガナ   |      |   |     |   | 性 別 | 電話番号                   |
| 氏 名    |      |   |     |   | 男・女 |                        |

|                                                                      |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 60歳～64歳で次の理由のうち <b>身体障害者手帳1級</b> を交付されている者<br>ただし、右記の障がい単独で1級になる者に限る | 心臓機能    じん機能    呼吸器機能    ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能 (○をつける)<br>手帳番号( ) |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| 予防接種料    | 一 般      1,300円(消費税込み)      |
| (被接種者負担) | 免除者      0円 生活保護世帯(保護手帳番号 ) |

| 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。<br>病 名 ( )                  | は い   | いいえ |       |
| 治療(投薬など)を受けていますか。                             | 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 |       |
| 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。<br>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 |       |
| 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 |       |
| けいれんを起こしたことがありますか。                            | は い   | いいえ |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種名 ( )               | 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 ( ) | 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 |       |
| 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 |       |
| 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)<br>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、説明した。<br>医師のサイン |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

| 使用ワクチン                                | 用法・用量             | 実施場所・医師名・接種年月日                     |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| 名 称：インフルエンザHAワクチン<br>メーカー名：<br>ロット番号： | 皮下接種<br><br>0.5ml | 実施場所：<br>医 師 名：<br>接種年月日： 令和 年 月 日 |

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>インフルエンザ予防接種希望書</b> (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、インフルエンザの予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。<br>(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。<br>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。              |
| 令和 年 月 日 被接種者署名 _____<br>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)                |



# 高齢者インフルエンザ予防接種予診票

(予防接種法に基づく満65歳以上の接種用)

苫小牧市民以外の方は使えません

|                              |     |        |                        |   |
|------------------------------|-----|--------|------------------------|---|
| 住所<br>苫小牧市 町 丁目 番 号<br>字 番地の |     | 診察前の体温 | 度                      | 分 |
| フリガナ                         | 性 別 | 生年月日   | 大 正 年 月 日<br>昭 和 (満 歳) |   |
| 氏 名                          | 男・女 | 電話番号   |                        |   |

60歳～64歳で次の理由のうち**身体障害者手帳1級**を交付されている者  
ただし、右記の障がい単独で1級になる者に限る

心臓機能 じん機能 呼吸器機能 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能 (○をつける)

手帳番号( )

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 予防接種料    | 一 般 1,300円(消費税込み)      |
| (被接種者負担) | 免除者 0円 生活保護世帯(保護手帳番号 ) |

| 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。<br>病 名 ( )                 | は い い い え |       |
| 治療(投薬など)を受けていますか。                            | 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 |       |
| 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。<br>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 |       |
| 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 |       |
| けいれんを起こしたことがありますか。                           | は い い い え |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種名 ( )              | 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 ( ) | 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 |       |
| 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 |       |
| 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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。  
医師のサイン

|                                       |               |                                    |
|---------------------------------------|---------------|------------------------------------|
| 使用ワクチン                                | 用法・用量         | 実施場所・医師名・接種年月日                     |
| 名 称：インフルエンザHAワクチン<br>メーカー名：<br>ロット番号： | 皮下接種<br>0.5ml | 実施場所：<br>医 師 名：<br>接種年月日： 令和 年 月 日 |

## インフルエンザ予防接種済証

上記の者は、インフルエンザ予防接種を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

苫小牧市長

