R5年度　インフルエンザ予防接種予診票

接種を希望される方は、太枠内を事前に記入し、接種時持参してください。
必ず保険証を持参し、記入漏れがないようご注意ください。
重工健保以外の65歳未満の方は、4，500円になります。

接種日	令和　　年　　月　　日	診察前の体温		度　　分	
ふりがな		男 女	生年月日	昭和 平成	年　　月　　日 （満　　歳　　ヵ月）
氏名					
住所	〒　　－ 市　　町 郡	TEL　　－　　－			

ご勤務先	日中連絡の取れるご連絡先	保険証　記号 ・ 番号
	－　　－	本人 家族　記号【　　】番号【　　】

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか　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よいといわれましたか	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　症状（　　）	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	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	
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	
インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	はい	いいえ	
最近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	はい	いいえ	
病名（　　）			
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	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など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　）

令和　　年　　月　　日　　本人自署

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（　　可能　・　見合わせる　　）
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした

医師署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
ワクチン種別　4価		実施場所　重工記念長崎病院
メーカー名	0．5　ml	医師名
Lot No.		接種年月日　令和　　年　　月　　日