明石市高齢者インフルエンザ予防接種予診票兼報告書

市町保存用 ・ 医療機関保存用
予防接種済証（本人手渡し用）

診察前の体温　　度　　分

カナ氏名 ※左詰めで記入		電話番号	－　　－
氏　　名		性　　別 ※いずれかに○	1.男　　2.女
住　　所			
生年月日	2.大正　　3.昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）		

費用区分
※いずれかに○

明石市が予防接種費用の無料化を行った年度に限り記入不要です。

0. 自己負担有　1. 自己負担無（市民税非課税世帯）　2. 自己負担無（生活保護世帯）

【予防接種費用無料措置にかかる書類の提出について】　※「自己負担無」の方のみご記入ください。

明石市長様　　高齢者インフルエンザ予防接種費用無料措置を受けるため、下記の書類を提出します。

いずれかに○
（　　）明石市高齢者インフルエンザ予防接種費用にかかる免除決定通知書
（　　）介護保険料決定通知書
※ 接種日と同一年度に交付されたもので、保険料段階第1～3段階のものに限る。
（　　）生活保護受給証明　※ 接種日より3か月以内に発行したものに限る。

本人及び同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等を確認することに同意します。

年　　月　　日　（氏名）

使用ワクチン Lot NO. 接種量　0.5㎖	実施場所 医師名 ※3枚目の予防接種済証（本人手渡し用）に押印してください。 接種年月日　　年　　月　　日

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種当日、あなたの年齢は満65歳以上ですか。	はい	いいえ	
今年度のインフルエンザ予防接種（定期）を受けるのは初めてですか。※接種は	はい	いいえ	
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	
今日のインフルエンザ予防接種の効果や副反応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（　　）	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。 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	
過去にインフルエンザ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がありますか。	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がありますか。	はい	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	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	
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	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。

（医師の署名または記名押印）

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、予防接種の効果や副反応などついて理解した上で接種を（ 希望します ・ 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年　　月　　日　（被接種者署名）

※自署できない場合は、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。

R6