別紙１

月報インフルエンザ予防接種実施報告書（またはパンチ送付書）見本

【区分Ⓐ】

枚目（全　　枚）

月報インフルエンザ予防接種実施報告書（市町控）

明石市 ・ 加古川市 ・ 高砂市 ・ 稲美町 ・ 播磨町

年　　月　　日

⑦

医療機関コード　９９９９９９　医療機関名　　電話

下記のとおり実施しましたので報告します。

報告担当者

（　　年　　月分）

対象者	有料人数	無料 非課税	無料 生活保護	合計	予診のみ	ワクチン在庫
満65歳以上				2	1	
満60～満65歳未満の厚労省令で定める者				1		本

接種者名簿

氏名	料金区分	満年齢	氏名	料金区分	満年齢
明石　太郎	有・無（非・生）	70		有・無（非・生）	
明石　花子	有・無（非・生）	72		有・無（非・生）	
神戸　一郎	有・無（非・生）	66		有・無（非・生）	
神戸　次郎	有・無（非・生）	60		有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	
	有・無（非・生）			有・無（非・生）	

※ １ヶ月分をまとめて必ず翌月に明石市医師会に提出してください。

【区分ⒷⒸ】

パンチ送付書【区分Ⓑ・Ⓒ】

（神戸・加古川・高砂・個別・広域）

⑦

医療機関コード　９９９９９９

※レイアウトは5種類程度あるが、
いずれも医療機関コード（6桁）の記載あり

予診票見本【区分ⒶⒷ】※①宛名番号はブランク

【区分Ⓐ】

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）

診察前の体温　　度　　分

住　所	明石市　大久保町ゆりのき通１－４－７		
フリガナ ※左詰めで記入	ア カ シ　タ ロ ウ ②	電話番号	④ －　－
氏　名	明石　太郎	性　別	1.男 ・ 2.女
生年月日	③2.大正 ・ 3.昭和　２５年　１月　１日生		（満　　歳）
	⑥ 0. 自己負担有　1. 自己負担 今回は「1」で固定　2. 自己負担無（生活保護世帯）		

⑧ 00001

※本人情報記入欄の順序が異なる場合あり。

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

使用ワクチン	ロットシール（水色）または手書き	実施場所 医師名	医療機関または施設等の名称 接種医師名（サイン可）
Lot NO. 接種量 0.5㎖		接種年月日 ⑤	令和5 年　１０ 月　１０ 日

※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。

	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	
今日のインフルエンザ予防接種について、市から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（　　）	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はありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
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	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか。	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（　　）いつ（　　）	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。 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	

仕様書４.１（ア）
使用ワクチン欄、実施場所及び医師名欄に記載漏れがないか確認すること。いずれかに記載漏れがあった場合は付箋（サイズ・色は問わない）を貼付すること。

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。

【区分Ⓑ】

他市町の予診票を使用している場合あり。レイアウトは異なるがデータ化する箇所は同じ。
★仕様書4.1の接種報告（予診票）のチェックは不要

高砂市　高齢者インフルエンザ予防接種予診票

この予診票は、予防接種を受けるときに非常に大切なものです。
太枠内を、ボールペンで慎重に記入してください。

診察前の体温　　度　　分

住　所	高砂市 ・ 加古川市 ・ 稲美町 ・ 播磨町 ・ 明石市 大久保町ゆりのき通１－４－７ 電話（　　）		
フリガナ 氏　名	② ア カ シ　タ ロ ウ 明　石　太　郎	④ 男　女	
③生年月日	大正 ・ 昭和　２５年　１月　１日生（満　　歳）		

⑥ 自己負担額 今回は「1」で固定

（高砂市）無料クーポン券添付箇所

※シール以外の無料券・介護保険料納入通知書などの書類はホッチキスで留めてください

⑧ 00001

	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	
今日のインフルエンザ予防接種について、市から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（　　）	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はありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
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	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか。	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（　　）いつ（　　）	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。 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。

医師署名又は記名押印

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）

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザ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。
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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

年　　月　　日

被接種者自署

代筆者署名　　続柄　　代筆者電話番号

被接種者本人が署名できない場合は、家族またはかかりつけ医の協力により、本人の意思確認が取れる場合のみ代筆することが可能です。
本人の意思を確認した上で、代筆者が被接種者自署・代筆者署名ともに署名し、続柄・電話番号を記入してください。（ゴム印不可）

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	（皮下接種）0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 ⑤ 令和5 年 10月 10日

予診票見本【区分Ⓒ】※②カナ氏名、③生年月日、④性別はブランク

★仕様書4.1の接種報告（予診票）のチェックは不要

⑧ 00001

高齢者インフルエンザ予防接種予診票・接種券

診察前の体温	度　分

① 9999999

住　所	加古川市 ・ 稲美町 ・ 播磨町 ・ 高砂市 ・ 明石市 電話
氏　名	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和　年　月　日生（満　歳）

⑥ 加古[redacted]所

今回は「1」で固定

※シール以外の助成券・介護保険料決定通知書などの書類はクリップで止めてください

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. あなたは、満65歳以上ですか。	いいえ	はい	
2. インフルエンザ予防接種の説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
3. 予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
4. 現在、何か病気にかかっていますか。　病名（　）	はい	いいえ	
(1)治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
(2)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。	いいえ	はい	
5. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
6. 今日、体に具合の悪いところはありますか。 具合の悪い症状を書いてください。　（　）	はい	いいえ	
7. 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	
8. 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がありますか。（２日以内の発熱、発疹等）	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	
9. 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	
10. １か月以内に予防接種を受けましたか。　種類（　）	はい	いいえ	
11. 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。	いいえ	はい	
12. 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	
13. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

①～③の太枠内をボールペンで記入してください。

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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師署名又は記名押印

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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。また、本予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解しており、本予診票が市町に提出されることに同意します。

令和　年　月　日　被接種者自署　（代筆者氏名）　続柄

（※意思確認ができ、自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

★医療機関記入欄

医師記入欄	ワクチン名及び LOT.No.	実施場所・医師名・接種年月日
	(注)有効期限が切れていないか確認	実施場所 医師名
	0.5㎖	接種年月日 ⑤ 令和5 年 10月 10日