

インフルエンザ予防接種予診票

高齢者定期予防接種用

太枠の中のみご記入ください

住 所					ふりがな		
					氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)	性別	男・女	

質問事項	診 察 前 の 体 温		医師記入欄
	度	分	
今日のインフルエンザの予防接種について福岡市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
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	
その病気をみ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	
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 富田 直史
-------	--

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)

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、本予診票が福岡市に提出されることに同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

被接種者の署名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____

(※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)

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	ml	実施場所 とみた内科クリニック 医師名 院長 富田 直史 接種年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(高齢者用)

インフルエンザ予防接種を受けられる前によくお読み下さい。

== 福岡市 ==

一 般 的 注 意

※インフルエンザ予防接種は、接種を受ける法律上の義務はないため、有効性や副反応などについてよく理解された上で、自らの意思で接種を希望される方のみ接種を行います。

※予防接種の安全性の確保と、接種後の副反応被害を回避するため、健康状態や体質などをきちんと医師に伝えましょう。

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や保健福祉センター（保健所）にお尋ねください。

インフルエンザ予防接種の有効性

インフルエンザ予防接種の有効性は世界的にも認められ、高齢者の発病防止や特に重症化防止に有効であることが確認されています。

なお、予防接種を受けてからインフルエンザに対する抵抗力がつくまでに2週間程度かかり、その効果が十分に持続する期間は約5か月間とされています。より効率的に有効性を高めるためには、毎年インフルエンザが流行する前の12月中旬までに1回接種を受けておくことが必要です。

予防接種を受ける前に

予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。基本的には、接種を受けるご本人が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

(1) 予防接種を受けることができない人

①明らかに発熱のある人

一般的に、体温が37.5℃以上の場合を指します。

②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人

急性の病気で薬を飲む必要のあるような人は、その後の病気の変化が分からなくなる可能性もあるので、その日は見合わせるのが原則です。

【→→裏面へ続きます】