

— 枠内：接種を受ける本人が記入 == 枠内：医療機関記入

	診察前の体温	度	分	<u>接種者番号</u> (案内ハガキから 丁寧に記入ください)								
住 所	鹿児島市			丁目	番	号	電話番号 (— —)					
(フリガナ)				性別	男・女	生年 月 日	大正	年	月	日生		
氏 名							昭和		(満	歳)		

※対象者：(1)接種日に65歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級相当の鹿児島市民

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	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	
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ）（ 月 日頃）	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	
薬品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（ 歳頃）	は い	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（ 実施できる ・ 見合わせた方がよい ）と判断する。
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・同意書 （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。）

① 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、接種することを希望しますか。
 （ 希望します ・ 希望しません ） ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

② 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、本予診票が鹿児島市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 _____

〔※代筆者氏名 _____〕
 〔※代筆者続柄 _____〕

（※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載）

自己負担	あり	※1 自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を○で囲み、[]に交付番号等を記入すること 生活保護受給者確認資料
	なし ※1	[①生活保護受給証 [交付番号] 又は 医療券 [受給者番号] ②自立支援医療受給者証 [受給者番号]]

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	接種年月日	令和	年	月	日
メーカー名： Lot No. ： （注）有効期限が切れていないか要確認	皮下注射 0.5ml	実施場所 医 師 名				

—— 枠内：接種を受ける本人が記入 —— 枠内：医療機関記入

	診察前の体温	度	分	接種者番号 (案内ハガキから 丁寧に記入ください)								
住 所	鹿児島市	丁目	番	号								
(フリガナ)		町	2 - 番地		電話番号 (- -)							
氏 名		性別	男・女	生年月日	大正	年	月	日生				
					昭和		(満	歳)				

※対象者：(1)接種日に65歳以上の鹿児島市民 (2)接種日に60歳以上65歳未満で内部障害1級相当の鹿児島市民

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の予防接種について「予防接種のお知らせ」を読み、理解しましたか	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	
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () (月 日頃)	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	
薬品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 (歳頃)	は い	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断する。
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・同意書 (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。)

② 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、接種することを希望しますか。
(希望します ・ 希望しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

② 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、本予診票が鹿児島市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 _____ [※代筆者氏名 _____]

_____ [※代筆者続柄 _____]

(※自署ができない者は代筆者が「被接種者 署名」、「代筆者氏名」、「代筆者続柄」を記載)

自己負担	あり	※1 自己負担なしの場合は、確認した資料の番号を○で囲み、[]に交付番号等を記入すること
	なし ※1	生活保護受給者確認資料 ①生活保護受給証 [交付番号] 又は 医療券 [受給者番号] ②自立支援医療受給者証 [受給者番号]

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	接種年月日 令和 年 月 日
メーカー名 : Lot No. : (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下注射 0.5ml	実施場所 医 師 名