

杉戸町	高齢者（６５歳以上・６０歳以上６５歳未満の該当者）	
	自己負担	有 ・ 免除 （ 生保 ・ 中国残留邦人）

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

◎太わくの中を記入してください

			診察前の体温	度	分
住所	杉戸町			電話	
ふりがな		性別			
受ける人の氏名			生年月日	年	月 日
				(満 歳)	

	質問事項	回答欄 (はい/いいえ)	医師記入欄
1	今日のインフルエンザの予防接種について町から配られている説明書を読みましたか		
2	今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()		
3	1カ月以内に予防接種を受けましたか (予防接種の種類)		
4	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか		
5	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 (予防接種の種類)		
6	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		
7	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (歳頃)		
8	免疫不全といわれたことがありますか		
9	現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか (病名) 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) 主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われていますか		
10	最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか (病名)		
11	今日の予防接種について質問がありますか		

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、説明をしました。 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及び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 ・ 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、本予診票が杉戸町に提出されることに同意します。 年 月 日 被接種者自署 (続柄) ※自署出来ないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください	

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 インフルエンザワクチン メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

杉戸町	高齢者（６５歳以上・６０歳以上６５歳未満の該当者）	
	自己負担	有 ・ 免除 （ 生保 ・ 中国残留邦人）

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

◎太わくの中を記入してください

			診察前の体温	度	分
住所	杉戸町			電話	
ふりがな		性別			
受ける人の氏名			生年月日	年	月 日
				(満 歳)	

	質問事項	回答欄 (はい/いいえ)	医師記入欄
1	今日のインフルエンザの予防接種について町から配られている説明書を読みましたか		
2	今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()		
3	1カ月以内に予防接種を受けましたか (予防接種の種類)		
4	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか		
5	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 (予防接種の種類)		
6	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		
7	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (歳頃)		
8	免疫不全といわれたことがありますか		
9	現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか (病名) 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) 主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われていますか		
10	最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか(病名)		
11	今日の予防接種について質問がありますか		

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、説明をしました。 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及び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 ・ 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、本予診票が杉戸町に提出されることに同意します。 年 月 日 被接種者自署 (続柄) ※自署出来ないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください	

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 インフルエンザワクチン メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	(皮下接種) 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

杉戸町	高齢者（６５歳以上・６０歳以上６５歳未満の該当者）		
	自己負担	有	免除（生保・中国残留邦人）

高齢者インフルエンザ予防接種済証

◎太わくの中を記入してください

◎太わくの中を記入してください				診察前の体温	度	分
住所	杉戸町			電話		
ふりがな		性別	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
受ける人の氏名						

このインフルエンザ予防接種済証は、インフルエンザ予防接種を受けたことを証明する書類ですので大切に保管してください。

また、予防接種を受けたあとは、必ず次の「予防接種後の注意事項」をお読みください。

【予防接種後の注意事項】

- 1 予防接種を受けたあと30分間は、接種場所で様子を見るか医師にすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応はこの間に起きることがあります。また、24時間は、副反応の出現に注意しましょう。
- 2 接種をした部位が赤くなったり、腫れたり、痛んだり、軽い発熱などが起きることがあります。もし、異常反応や体調の変化があるときは、すみやかに医師の診察を受けてください。
- 3 入浴しても差し支えありませんが、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をし、激しい運動や大量の飲酒はさけましょう。

※ 2回目以降のインフルエンザ予防接種を希望される場合の費用は、全額自己負担となります。

【副反応が起こった場合】

予防接種の後、副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時にほかの病気がたまたま重なって現れることがあります。

予防接種を受けた後、接種した部分が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら医師の診察を受けてください。

【お問い合わせ】 杉戸町保健センター 0480-34-1188

高齢者インフルエンザ予防接種済証

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 インフルエンザワクチン	(皮下接種)	実施場所			
メーカー名		医師名			
Lot No.	0.5ml	接種年月日	年	月	日