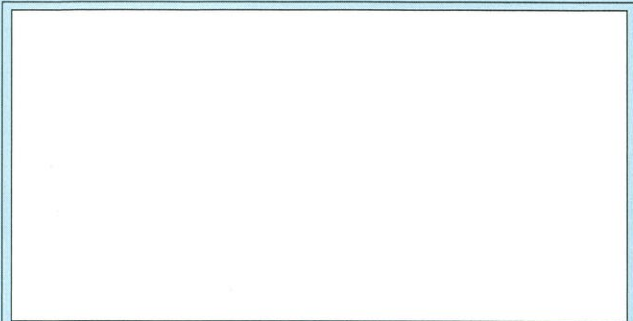


インフルエンザ予防接種のお知らせ



インフルエンザ予防接種通知書

本人が接種を希望する場合に限り接種を行います。

該当者氏名					
生年月日	年	月	日	生	
年 令	満	才	月	性 別	
実 施 日					
受付時間					
実施場所					
整理番号					

予 防 接 種 に 関 す る 一 般 的 注 意

◎予防接種を受ける前の注意

1. 予防接種は、体調の良い時に受けるものです。健康状態には充分気をつけて、何か心配のある時はかかりつけの医師にご相談下さい。
2. 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。接種を受ける方が責任をもって記入し、健康手帳と一緒に持参して下さい。
3. インフルエンザの予防接種についての必要性や副反応についてよく理解しておきましょう。

◎予防接種を受けた後の注意

1. 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応が起こることがあります。医師（医療機関）とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
2. インフルエンザワクチンの副反応の多くは24時間以内に出現しますので、特にこの間は体調に注意しましょう。
3. 入浴は差し支えありませんが、注射した部分を強くこすることはやめましょう。
4. 接種当日はいつも通りの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒はさけましょう。

◎予防接種を受けることができない人

1. 明らかに発熱している人。
2. 重い病気にかかっていることが、明らかの人。
3. 予防接種を受けて、30分以内にひどいアレルギーを起こしたことがある人。
4. その他、医師が不適当な状態と判断した人。

インフルエンザ予防接種予診票

※必ず、住民登録をしている住所を記入してください。

診察前の体温

度 分

住 所	市・町・村		
フリガナ	男・女	☎ ()	—
接種を受ける人の氏名	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について市町村から配られている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	
今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・血液疾患・その他病気(慢性疾患)にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名 ()			
現在、何かの病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名 ()			
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。具体的な症状を書いてください。	はい	いいえ	
症状 ()			
最近1ヶ月以内に、熱が出たり、病気にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
病名 ()			
最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ()			
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	
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	
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	
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	
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	
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]。	医師の署名又は記名押印
	接種を受ける本人又は家族に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明しました。	

被接種者の記入欄	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。)	令和 年 月 日	
	・医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、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 ・ 希望しません)。	被接種者署名 _____	
	※どちらかを○で囲んでください。	代筆者氏名 _____ 続柄 _____	
	・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。	※自署できない方は代筆者が本人(被接種者)の氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。	
	予 診 の み	公 費 負 担	自 己 負 担
	円	円	円

ワクチンメーカー名、ロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日(予診のみの場合もご記入ください。)
メーカー名 LotNo (注)有効期限がきれていないか要確認	0.5 ml	実 施 場 所 医 師 名 接種(予診)年月日 年 月 日