

インフルエンザワクチンとコロナワクチン
の同時接種出来ます

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

太枠の中を記入してください。記入する前に「高齢者インフルエンザ予防接種のお知らせ」をよくお読みください。

※東日本大震災等の被災者については、避難前の住所をご記入ください。

震災対応有 ※有の場合○を付ける		住所	札幌市	区	診察前の体温	度	分
生年月日	大正 昭和	年	月	日 (満 歳)	ふりがな 氏名	男・女	

- 60歳以上65歳未満の方で、心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害等級1級又はそれに準じる障がい有する方は、身体障害者手帳(1級)又は医師の診断書を医療機関の窓口へ提出してください。
- 生活保護世帯の方・市民税非課税世帯(世帯全員が非課税)の方で、接種料金の免除を希望される場合は、「高齢者インフルエンザ予防接種のお知らせ」を確認の上、所定の証明書類を医療機関の窓口へ提出してください。

【医療機関記入欄】

年齢区分	<input type="checkbox"/> 満65歳以上	<input type="checkbox"/> 満60歳～64歳	心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方(手帳障害等級1級又はそれに準じる方)※手帳の写又は診断書の写を添付してください。
接種料金 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自己負担あり	<input type="checkbox"/> 無料 (無料に☑をつけた場合、右の確認書類に必ず☑入れる) ※手帳・診断書の写は確認書類にはなりません。	<input type="checkbox"/> 介護保険料納入(特別徴収決定)通知書【保険料段階 段階】 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書・変更決定通知書・医療券・介護券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証【被保険者番号】 <input type="checkbox"/> 後期高齢者健康診査受診券【自己負担額0円を確認、受診券整理番号】 <input type="checkbox"/> 市・道民税に係る「課税証明書」 <input type="checkbox"/> その他【具体的に記載】

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について札幌市が配布している説明書(高齢者インフルエンザ予防接種のお知らせ)を読みましたか。	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種の効果や副反応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いわれましたか。	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()	はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、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。	はい	いいえ	
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いわれましたか。	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。	はい	いいえ	
病名()	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	
これまでに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	
これまでに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	
予防接種の種類()	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	
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	
ひきつけ(けいれん)をお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)。 本人に対して、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、説明をした。 医師の署名 又は 記名押印
-------	--

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	
メーカー名		実施場所	接種年月日
Lot No.	ml	医師名	令和 年 月 日

※ ゴム印を使用する場合には、2枚目にもゴム印を押してください。

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、予防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について理解した上で、接種を希望します。
また、この予診票が札幌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

代筆者署名

被接種者との続柄 ()

※ 被接種者が自署できない場合は、代筆者が 被接種者署名・代筆者署名・被接種者との続柄 をすべて記入してください。

※ 医師・看護師等の医療従事者は代筆できません。