



年齢	<input type="checkbox"/> 65歳以上	<input type="checkbox"/> 60~64歳 (心臓・腎臓・呼吸器・免疫) ※身体障害者1級相当
一部負担金	<input type="checkbox"/> 有 (1,650円)	<input type="checkbox"/> 無 (生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 受給確認チェック)

住所 <small>富士市に住民登録がある人が対象です。</small>	富士市	電話番号	
フリガナ			
氏名	(男・女)	診察前の体温	度 分
生年月日	大正・昭和	年 月 日生	(満 歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今年度のインフルエンザの予防接種は初めてですか。 ※今年度既に市の助成を受けて接種している場合は対象となりません (全額自費)	※いいえ は い	
2 今日のインフルエンザの予防接種について市から配られている説明書を読みましたか。	いいえ は い	
3 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	
4 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( ) 治療 (投薬など) を受けていますか。 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いわれましたか。	は い いいえ は い いいえ いいえ は い	
5 免疫不全と診断されたことがありますか。	は い いいえ	
6 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	
7 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	
8 最近1か月以内に、家族や友人にインフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名 ( )	は い いいえ	
9 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 ( ) 接種日 ( 月 日)	は い いいえ	
10 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。	は い いいえ は い いいえ	
11 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。 予防接種の種類 ( )	は い いいえ	
12 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	
13 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	
14 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	
15 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	は い いいえ	
16 今日の予防接種について質問がありますか。	は い いいえ	

医師の記入欄	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ました。 医師署名又は記名押印
--------	---

使用ワクチン名	接種量	実施場所
ワクチン名 Lot No	(皮下注) 0.5 ml	医師名 接種年月日

〒417-0051 静岡県富士市吉原5丁目3番18号  
**長谷川産婦人科医院**  
 院長 長谷川 瑛  
 令和 Tel:0545-53-7575 Fax:0545-53-0727

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あと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。  
 (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、本予診票が市町村に提出される事に同意します。

令和 年 月 日

①被接種者氏名 (自署または代筆者記入)  
 ②代筆者氏名 (③続柄)

意思確認はできるが、自署できない人の場合は、  
**代筆者が ①被接種者氏名を記入し、②代筆者氏名と③続柄を記入する。(3つのすべてに記入が必要)**

可能な限り本人が自署すること。家族や介護従事者等、生活状況をよく知る者による代筆は可。接種機関従事者 (医師、看護師等) や施設長の代筆は不可。