

令和4年度大空町インフルエンザ予防接種予診票

自己負担額全額助成者用

住所	大空町			診察前の体温	度	分
電話番号	-					
(ふりがな) 受ける人の 氏名		男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和	年	月 日生 (歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
<接種を受ける方が中学生以下の方のときお答えください。> 接種を受ける方の発育歴についておたずねします。出生体重 () g 生れたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常がある といわれたことがありましたか。内容 ()	はい	いいえ	
<以下の質問事項は、すべての方がお答えください。> 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
生れてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他 病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
医師の治療 (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	
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	
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、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	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 ()	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。 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の際に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	
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	
薬や薬品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、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) を起こしたことがありますか。 () 歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	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	
(女性のみ) 現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	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 (保護者) 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	ml	実施場所	
Lot No.		医師名	
		接種年月日	令和 年 月 日

※裏面にも記入欄があります。

以下、本人（保護者）の記入欄

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、以下のワクチンの接種を（ 希望します ・ 希望しません ）

令和 年 月 日 本人（保護者）自署 _____

（※本人が自署できない場合 代筆者氏名 _____ 続柄 _____ ）

委 任 状

（助成金受領の委任）

令和 年 月 日

大空町長 様

委任者（本人またはその保護者）署名 _____

（被接種者 _____ ）

※委任者と同じ場合は不要

令和4年度インフルエンザ予防接種に係る次の助成金を申請し、その受領を下記医療機関（受任者）に委任します。

記

助成金額 _____ 円

助成金額：接種を受ける方が
満13歳未満のときは _____ 2,050円
満13歳以上のときは _____ 2,850円

受任者 大空町女満別西4条4丁目1番29号
医療法人社団 双心会

理事長 加藤 秀和