

自己負担額	1,000 円	
	無 料	

令和 7 年 度
余 市 町
インフルエンザ予防接種予診票（中学生以下及び高齢者）

※接種日現在、余市町に住民登録している方以外は使用できません。

住 所		余市町	町	丁目	番地	診察前の体温	度	分
(ふりがな) 氏 名						男・女	()	
生 年 月 日		大正・昭和・平成・令和		年	月	日生	(満 歳)	
※13歳未満の場合のみ、回数を「○」で囲んで下さい				回 数	1 回 目 ・ 2 回 目			

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市町村から配られている説明書（広報など）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	
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、体に具合のわる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	
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	
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	
①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	
②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	
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	
1か月以内に予防接種をうけましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
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 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。			
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	
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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名又は記名押印
-----------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
Lot No.	mL	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日

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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
（ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

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ことに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載）