（3市町合同予診票）

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

市・町	姫路市 ・ たつの市 ・ 太子町 ←（該当市町に○を付ける）→			
住　所	〔電話（　　）　　－　　〕			
ふりがな			生年月日	M・T・S　　年　　月　　日生
氏　名	(姓)	(名)		（満　　歳）
今シーズン（今冬）初めてのインフルエンザ予防接種ですか　（※1）				はい ・ いいえ

姫路市　たつの市　太子町

医療機関記載欄		
	住民票所在地確認方法（該当する番号に○をつけてください） ① 保険証・受給者証　② 生活保護証明書　③ 障害者手帳 ④ 免許証　⑤ その他（マイナンバーカード・　　）	**対象者である確認方法**（該当する番号に○をつけてください） ① 接種日に満 65 歳以上 ② 接種日に満 60 歳以上 65 歳未満の対象者（※2） **（②の対象者は下記（オ）、（カ）のいずれか添付必要）**
	添付書類に○（※3）（ア）生活保護にかかる証明書　（イ）市町民税にかかる証明書　（ウ）介護保険料納付通知書写し（第1~3段階） （エ）後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（区分Ⅰ・Ⅱ）（オ）身体障害者手帳コピー　（カ）診断書	**自己負担額に○**　①1,500 円　②無料

（※1）「いいえ」と答えた方は公費負担での接種はできません。
（※2）接種日に満 60 歳以上 65 歳未満で心臓、腎臓、呼吸器の機能及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害で身体障害者手帳 1 級をお持ちの方、または同程度と診断され、診断書を接種時に提出された方
（※3）市町民税非課税世帯の証明（イ）~（エ）は姫路市のみ該当（注意：（オ）身体障害者手帳は市町民税非課税世帯の証明書として使用できません。）

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、説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
インフルエンザ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（　　） 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言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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。 具合の悪い症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
今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。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 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がありますか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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受けましたか。 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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	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。 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** [見合わせ日　　年　　月　　日] [理由　　]） 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**　**田中　稔之**

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.	0.5 ml	実施場所　**とし内科** 医師名　**田中　稔之** 接種年月日（西暦）　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）

私は、医師の診察・説明を受け、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。
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、本予診票が市町に提出されることに同意します。

年　　月　　日　　**本人氏名**

代筆者氏名　　（続柄：　　）

※　原則、本人氏名欄は本人が記載してください。

※本人が署名困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認が取れる場合のみ本人署名欄を代筆することが可能です。