

インフルエンザ予防接種予診票

流感预防接种问卷

- ・65歳以上の人
- ・60歳から64歳までで心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいのある人

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。)
 (使用不可消去的圆珠笔, 请在粗框内用清晰的文字填写。)

対象者		支払区分		予診年月日(未接種者のみ記入)
65歳以上	60~64歳	減免	予診	年 月 日

整理番号	No.

住 所 地 址	春日井市				TEL 電話	-	-
ふりがな 平 假 名		男・女	生年月日 出生年月	年 月 日	満 歳		
氏 名 姓 名			診察前の体温 度 分 分		診断前之体温 度 分 分		

*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に確認済と分かるように記載してください。

質問事項 提 問 項 目	回答欄 回 答 欄		医師記入欄 医生填写栏
1 今年度、定期のインフルエンザ予防接種は初めてですか 今年是第一常规流感疫苗接种吗? (「いいえ」の場合は定期接種とならず、全額自己負担となります) (如果回答“否”时, 就不能常规接种疫苗, 需要全额自费支付)	はい 是	いいえ 否	
2 「インフルエンザと予防接種」のチラシを読んで、今日の予防接種の効果や副反応についてよく理解していますか 是否阅读了“流感(流行性感冒)和预防接种”的说明书, 并已能很好的理解了对今天的预防接种的效果和副作用?	はい 是	いいえ 否	
3 現在、何か病気にかかっていますか 现在有患什么疾病吗? 「はい」の人のみ 仅适用回答“是”的人 病名を書いてください 请填写病名 () 治療(投薬など)を受けていますか 是否在接受治疗(吃药等)? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?	いいえ 无	はい 有	
4 今日、身体に具合の悪いところがありますか 今天、身体是否有不舒服? 具体的な症状を書いてください 请填写具体的症状 ()	いいえ 否	はい 是	
5 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 最近一个月内有发过热、生过病吗? 病名を書いてください 病名()	いいえ 无	はい 有	
6 1か月以内に予防接種を受けましたか 一个月以内有否预防接种过吗? 予防接種名 预防接种疫苗的名称() 日付 日期(月 日)	いいえ 否	はい 是	
7 ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか 是否对鸡肉、鸡蛋等有过敏吗?	いいえ 否	はい 是	

8	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 至今为止是否曾接种过流感疫苗?	いいえ 否	はい 是
	「はい」の人のみ仅适用回答“是”的人 その時に具合が悪くなったことがありますか那时、是否有身体不适? 症状()	いいえ 否	はい 是
9	インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか 流感以外的预防接种时、是否有身体不适的情况?	いいえ 否	はい 是
10	今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか 至今为止是否曾得过心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等?	いいえ 否	はい 是
	「はい」の人のみ仅适用回答“是”的人 病名を書いてください请填写病名 () その病気の主治医には今日の予防接種を受けても良いといわれましたか 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?	はい 是	いいえ 否
11	今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか 至今为止是否曾发生过痉挛(抽搐)?	いいえ 否	はい 是
12	今までに免疫不全と診断されたことがありますか 至今为止是否曾被诊断为免疫不全?	いいえ 否	はい 是
13	今日の予防接種について質問がありますか关于今天的预防接种是否还有疑问 ()	いいえ 无	はい 有
医師記入欄 医生填写栏 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断 します。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 説明をしました。 医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)		体温37.5℃以上 で接種した理由	見合わせ理由
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・接種医師名	接種年月日
Lot No. ロットシール貼付	0.5ml		令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望者(医師の診察後に記入してください。)

流感疫苗预防接种希望者(请在医生检查后填写。)

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。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

接受了医师的检查及说明，在理解了预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性等之后，希望接种吗?
(希望接种・不希望接种)

本予診票は、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、本予診票が春日井市に
提出されることに同意します。また、本接種が定期接種に該当しない期間や回数であったとが判明した場合は、
接種費用を全額自己負担することに同意します。

本問卷的目的是为了确保预防接种的安全性。在理解的基础上，同意向市政府提交本问卷。

另外，如果查出本次接种不属于常规接种疫苗期间或是次数时，我同意全额支付预防接种费用。

被接種者署名 接种者签名

被接種者が自署できない場合は、代筆者が上記の被接種者署名の記入と、次の代筆者署名及び被接種者
との続柄を記入してください。

接种者不能自己签名时，请代笔者填写上述接种者签名后，并在下方签署代笔者姓名及与接种者的关系。

代筆者署名 代笔者签名

続柄 关系