

# インフルエンザ予防接種予診票 Influenza Vaccine Screening Questionnaire

※対象者 ・ 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。)  
 (Please fill out the bold frames in easy-to-read characters with an indelible ballpoint pen)

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	令和 年 月 日

整 理 番 号	No.

住 所 Address	春日井市 Kasugai-shi				TEL	-	-	
ふりがな In Hiragana		男・女 M・F	生年 月日 Date of Birth	Bomon 年 year 月 month 日 day	満 歳 Age years old			
氏 名 Name			診察前の体温 Body temperature before exam					°C

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

質 問 事 項 Questionnaire for Vaccination		回 答 欄 Answer		医師記入欄 Doctor's comment
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 「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 Is today your first routine influenza vaccination of this season? If you answered "No", it will not be considered as the routine vaccination, and you'll have to pay all vaccination cost.	は い Yes	いいえ No	
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 Have you read the leaflet "Influenza and Vaccination", and understood the benefits and side effects of vaccination you'll be receiving today?	は い Yes	いいえ No	
3	現在、何か病気にかかっていますか Are you currently suffering from a disease?	いいえ No	は い Yes	
	「はい」の人のみ (Only for those who answered "Yes") 病名を書いてください Please write the name of disease. ( )	いいえ No	は い Yes	
	治療(投薬など)を受けていますか Are you receiving any treatment (medication, etc.)? 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 Did the doctor in charge of the above disease agree with today's vaccination?	は い Yes	いいえ No	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか Are you sick today? 具体的な症状を書いてください If yes, describe the nature of the illness ( )	いいえ No	は い Yes	
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 Have you been ill or had a fever in the past month? 病名を書いてください Please write the name of illness. ( )	いいえ No	は い Yes	
6	1か月以内に予防接種を受けましたか Have you received any vaccination within the past month? 予防接種名 Type of vaccine ( ) 日付 The date ( 月 month 日 day)	いいえ No	は い Yes	
7	ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか Are you allergic to chicken, egg, etc.?	いいえ No	は い Yes	
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 Have you had an Influenza vaccination before?	いいえ No	は い Yes	
	「はい」の人のみ (Only for those who answered "Yes") その時に具合が悪くなったことがありますか On those occasions, have you ever felt sick? 症状 Symptom ( )	いいえ No	は い Yes	

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 Have you ever felt sick due to other vaccinations except for influenza?	いいえ No	はい Yes	
	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 Have you ever had diseases of heart, renal, liver, blood or other diseases?	いいえ No	はい Yes	
10	「はい」の人のみ (Only for those who answered "Yes") 病名を書いてくださいPlease write the name of disease. ( ) 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 Did the doctor in charge of the above disease agree with today's vaccination?	はい Yes	いいえ No	
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 Have you had a seizure (spasm or fit) in the past?	いいえ No	はい Yes	
12	今までに免疫不全と診断されたことがありますか Have you ever been diagnosed as immunocompromised?	いいえ No	はい Yes	
13	今日の予防接種について質問がありますか Do you have any questions about today's vaccination? ( )	いいえ No	はい Yes	
医師記入欄 Doctor's comment 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	
Lot No. <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">ロットシール貼付</span>		0.5ml	令和 年 月 日	

### インフルエンザ予防接種希望書Those who want to receive Influenza Vaccination

(医師の診察後に記入してください。)(Fill out after an examination with the doctor)

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。

Having received an examination and explanation by a doctor, and understood the effect, purpose, and potential severe side effects of the vaccination, do you want to receive the vaccination?

( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )

(Yes, I want to receive the vaccination. ・ No, I don't want to receive the vaccination.)

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こ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。

This questionnaire has the purpose to ensure the vaccination's safety. I understand it and agree with the submission of this questionnaire to the city. Also, If it is found that this vaccination was for a period or frequency that does not fall under routine vaccination, I agree to pay all vaccination costs.

被接種者署名Recipient's Signature.....

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。

If the recipient is unable to sign, a representative should write down the recipient's signature and sign the following Representative's signature and the relationship with the recipient.

代筆者署名Representative's Signature.....

続柄Relationship.....