

令和3年10月22日

予防接種請求ご担当者様

安佐医師会事務局

令和3年度高齢者インフルエンザ予防接種 予診のみの請求について（お知らせ）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、誠にありがとうございます。

この度、令和3年度高齢者インフルエンザ予防接種の予診のみの請求につきまして、昨年度までは予診票表面（A4）のコピー1枚をご提出いただいていたおりましたが、今年度の予診票から本人記入事項が裏面に移動したことにより、裏面（インフルエンザ予防接種確認書）のコピーも併せてご提出をお願いいたします。

以上、急なご案内となりご迷惑をおかけして大変申し訳ございませんが、何卒よろしくをお願いいたします。

【高齢者インフルエンザ予防接種 予診のみ 請求書類】（両面コピーまたは片面コピー1枚ずつ）

予防接種法に基づくインフルエンザ予防接種予診票 広島市

【対象者】 ① 65歳以上の者
② 60～64歳で、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の機能に各障害者予備1級相当の障害を有する者

氏名 性別 年齢 住所 電話番号

氏名 性別 年齢 住所 電話番号

質問事項 回答欄

今日のインフルエンザ予防接種について説明書を読み、理解しましたか。 はい いいえ

接種を受ける人は広島市民ですか。（広島市に住民登録をしていますか。） 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

接種（授薬など）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

接種しないと勧めら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。 はい いいえ

薬や食品で異常な発疹やじんましんが出ました。 体の具合が悪くなったことがありますか。 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

その際具合が悪くなったことはありますか。 はい いいえ

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 いいえ

ひまつけ（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。 はい いいえ

予防接種の種類（ ）

新型コロナウイルスのワクチン接種を受けましたか。 はい いいえ

1回目： 月 日 接種 時・予定 予定なし

2回目： 月 日 接種 時・予定 予定なし

の薬病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性的疾患にかかっていますか。 はい いいえ

病名（ ）

その病気を薬でもらっている薬に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

（接種所薬事で対応する場合は、予防接種確認書又は接種券裏面に記載の年次を添付し、最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。 はい いいえ

病名（ ）

今日の予防接種について疑問がありますか。 はい いいえ

（注）予診のみの請求は、接種者の体調により接種を見合わせる場合で、診察後、医療に執行していないもののみ可能です。接種の際は、接種券裏面に記載の事項を必ず記載してください。

医師記入欄

以上の内容及び医師の意見、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。 見合わせる理由（ ）

本人に対して、予防接種の意義、副作用及び予防接種後観察制度について説明しました。 医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号 接種機 所在地

Lot No. 皮下 0.5 ml 接種機名 接種機名

4割・4割・その他 接種機名 接種機名

令和 年 月 日

注意）裏面に本人記入事項があります

インフルエンザ予防接種確認書

（注）接種日当日、医師の診察の後に記入してください。

接種に当たっては、本人自らが接種に同意し、この確認書に署名することが必要です。

■接種における同意について

接種に当たっては、ご本人自身が接種に同意していることが必要です。

※ 予防接種法に基づきインフルエンザの予防接種は、同意を得た場合にのみ接種を行うこととされており、本人の意思が確認できない場合は、ご家族やかかりつけ医の助力を得て本人の意思確認を行ってください。それでも意思確認ができない場合は、予防接種法に基づく接種を受けることはできず、任意の接種となり全額自己負担となります。

・医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用などについて理解した上で、接種を希望しますか。 はい/いいえ

（注）接種日当日に記入してください。 → 【希望します・希望しません】

■署名について

本人が署名します。もし、本人が自筆できない場合は、本人の同意を得て、ご家族の方等が接種者の氏名を代筆してください。

・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、本予診票が広島市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 接種者氏名

代筆者が署名した場合、下記の「代筆者記載事項」にも記入が必要です。 *上記内容を本人が自筆している場合は、下記の記入は不要です。

代筆者記載事項

・インフルエンザ予防接種確認書を代筆者が代筆する場合は、本人の同意を得て代筆してください。また、代筆した場合は、代筆者の氏名、接種者との関係等を以下に記入してください。

● 代筆者が「家族の場合」

代筆者氏名： _____

接種者との関係（続柄）： _____

● 代筆者が「家族以外の場合」

※接種者の家族以外の方が代筆した場合は、代筆者が署名した理由についても記入が必要です。

代筆者氏名： _____

接種者との関係： _____

家族以外の方の代筆者が署名した理由： 該当する番号に○をしてください。また、3に該当する場合は、理由を記入してください。

1. 接種日当日に家族が来訪することができなかったため

2. 身寄りがない等、単身者のため

3. その他の理由： _____

一般社団法人 安佐医師会
〒731-0101 安佐南区八木5丁目35-2
TEL 873-1840 FAX 873-1846
担当：田村