

※请填写粗线框内的项目或打☑。  
因使用AI-OCR读取内容，请用楷书认真填写。

住民票的地址	三重县伊贺市	电话号码	( ) —
姓名 (日语假名)	※从左开始填写、濁点也算作一个字符，请用楷书仔细书写。如果写不下，请忽略框框紧凑书写。		
姓名 (汉字)			
出生年月日 (日本年龄)	※请在「大正」或「昭和」处打勾☑。		
	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日生 (満 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 岁)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
		诊査前体温	<input type="text"/> <input type="text"/> 度 <input type="text"/> 分

问诊事项	回答栏		医生填写栏
有关今天的流感疫苗预防接种，您读了市町村分发的说明书了吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
是否理解今天疫苗接种的效果和副作用等？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
现在患有什么疾病？ 病名（ ）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
在接受治疗（用药等）吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？	<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以	
您是否曾被诊断为免疫缺陷？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
今天、身体是否有不适？ 请填写具体的症状。（ ）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
是否对鸡肉、鸡蛋等过敏？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
有接种过流感疫苗的预防接种吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
①接种后身体状况有不适吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
②流感疫苗以外的预防接种时，身体状况发生过不适吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾发生过抽搐（痉挛）？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
一个月以内有否接种过疫苗吗？接种疫苗的名称（ ）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾患有心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等慢性疾病？ 病名（ ）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？	<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以	
您在最近一个月内是否发烧或生病？ 病名（ ）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您对今天的疫苗接种有任何问题吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（ <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ）	医師署名又は記名押印
	本人に対して、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。	

接受了医生的诊察·说明，并在理解接种的效果以及副作用等的基础上，希望接种吗？（ ☐ 希望接种 · ☐ 不希望接种 ）

此预诊表是以确保接种的安全性为目的。

在理解此目的的前提下，同意本预诊表提交给市里。

年            月            日            本人签名 \_\_\_\_\_  
(必须)

(※如果无法亲自签名, 请由代笔人签名, 并注明代笔人姓名及与被接种者的关系)

医師記入欄	ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。																				
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">シール貼付位置</div> <p>※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください</p> <p>(注)有効期限が切れていないか確認</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; line-height: 30px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; line-height: 30px;">5</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 30px; line-height: 30px;">0</div> </div> <p style="text-align: center;">ml</p>	<p>実施場所</p>  <p>医師名</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; text-align: center; margin-bottom: 5px;">医療機関等コード</div> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;">年</td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;">月</td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;">日</td> </tr> </table> </div>											2	0	2		年			月		
2	0	2		年			月			日														