

# 高齢者等流感疫苗预防接种预诊表

※请填写粗线框内的项目或打勾。

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<br>(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<br>(汉字)              |                                               |  |  |  |  |       |  |    |         |       |    |   |      |     |  |  |
| 出生年月<br>日<br>(日本年<br>历) | ※请在「大正」或「昭和」处打勾。                              |  |  |  |  | 日生 (满 |  | 岁) | □男 · □女 | 诊查前体温 | □□ | 度 | □    | 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?                                 |  | □ 是  | □ 没有  |       |
| 是否理解今天疫苗接种的效果和副作用等?                                            |  | □ 是  | □ 不是  |       |
| 现在患有什么疾病?<br>病名 ( )                                            |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 在接受治疗(用药等)吗?<br>该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?                          |  | □ 是  | □ 不是  |       |
| □ 可以                                                           |  | □ 可以 | □ 不可以 |       |
| 您是否曾被诊断为免疫缺陷?                                                  |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 今天、身体是否有不适?<br>请填写具体的症状。( )                                    |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 是否对鸡肉、鸡蛋等过敏?                                                   |  | □ 是  | □ 不是  |       |
| 有接种过流感疫苗的预防接种吗?<br>①接种后身体状况有不适吗?<br>②流感疫苗以外的预防接种时, 身体状况发生过不适吗? |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| □ 有                                                            |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 您是否曾发生过抽搐(痉挛)?                                                 |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 一个月以内有否接种过疫苗吗? 接种疫苗的名称( )                                      |  | □ 是  | □ 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?<br>病名( )                          |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?                                          |  | □ 可以 | □ 不可以 |       |
| 您在最近一个月内是否发烧或生病?<br>病名( )                                      |  | □ 有  | □ 没有  |       |
| 您对今天的疫苗接种有任何问题吗?                                               |  | □ 有  | □ 没有  |       |

|       |                                                                                     |  |            |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|
| 医師記入欄 | 以上的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。                                            |  |            |

|                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 流感疫苗预防接种希望书                                                                                                 |  |
| 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? ( <input type="checkbox"/> 希望接种 · <input type="checkbox"/> 不希望接种 ) |  |
| 此预诊表是以确保接种的安全性为目的。<br>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<br>(必须) _____<br>(※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<br>記入<br>欄 | ワクチン名・ロット番号<br>シール貼付位置<br>※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください<br>(注)有効期限が切れていないか確認 | 接種量<br>0.50 ml | 実施場所・医師名・接種年月日<br>医師名 | 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。                     |
|               |                                                                      |                | 実施場所<br>医師名           | 医療機関等コード<br>接種年月日 (※記入例) 4月1日→04月01日<br>2020年04月01日 |