

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

11

Vaccine Screening Questionnaire for Elderly Influenza

Please fill in the blanks and circle the appropriate answer.

(Especially the blanks in bold frames)

医療機関確認欄							回数 ①
1 65歳以上	60歳以上65歳未満			無料		①	
	2 心	3 腎	4 呼	5 免	6 生保		7 非課税

Vaccination Date 申込年月日	Year年	Month月	Day日	Temperature 診察前の体温	℃			
Adress 住所	Hamamatsu-shi			Telephone 電話				
フリガナ				Birth Date 生年月日	明治 大正 昭和	Year 年	Month 月	Day 日
Your Name 受ける人の氏名				Gender 性別 () M 男 () F 女	Age 年齢			years old

Questions	Respostas	Dr. Use
Did you read the explanation about the vaccination of Influenza to be administered today? 今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。	No	Yes
Have you understood the effect and side effects of today's vaccinations? 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	No	Yes
Is this year (October 1st onwards) the first time you will have an Influenza vaccination? 今年度(10月1日以降に)インフルエンザの予防接種を受けるのは初めてですか。	No	Yes
Presently, do you have any illnesses and/or Conditions? 現在、何か病気にかかっていますか。 Disease name 病名 ()	Yes	No
Are you currently taking any Medical treatment (Medication etc)? 治療(投薬など)を受けていますか。	Yes	No
Did the doctor in charge for the treatment approved the vaccination today? 主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	No	Yes
Have you ever been diagnosed with Immunodeficiency? 免疫不全と診断されたことがありますか。	Yes	No
Do you have any concerns about the your health today? 今日体に具合の悪いところがありますか。 If yes, describe the symptoms 具合の悪い症状を書いて下さい。()	Yes	No
Have you ever had skin rash or felt ill after taking any medicine or food? 薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 If yes, what kind of medicine or food 薬・食品名 ()	Yes	No
Have you had an Influenza vaccination before? インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	Yes	No
① At that time, did you condition worsen? その際に具合が悪くなったことがありますか。	Yes	No
② Did your condition get worse when you take vaccinations other than Influenza vaccinations? 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。	Yes	No
Have you ever had convulsions? ひきつけ(けいれん)を起したことがありますか。	Yes	No
Have you received any vaccination within this past month? (If yes, describe the date and the last vaccine name) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(ある場合には最後に接種した年月日と予防接種の種類を記載してください。) Date 接種年月日 Year年 Month月 Day日 Vaccine name 予防接種の種類 ()	Yes	No
Have you ever contracted any chronic illness such as Heart disease, Kidney Disease, Liver Disease and Blood Ailments etc? 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。Disease name 病名 ()	Yes	No
Did the doctor in charge for the treatment approved the vaccination today? 主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれたましたか。	Yes	No
Have you broken out in a fever recently within the last month or contracted any illnesses? 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかたりしましたか。Disease name 病名 ()	Yes	No
Do you have any questions regarding today's vaccination? 今日の予防接種について質問がありますか。	Yes	No

医師の 記入欄 Doctor's Use Only	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は According to the result, today's vaccination is:	3 可能 Possible	2 見合わせる Postponed	医師のサイン Physician's Signature (注)ワクチンの種類・有効期限を要確認
	接種を受ける本人に対して、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、説明しました。			

使用ワクチン Vaccines in use	接種量 Vaccination volume	実施場所・医師名・接種年月日 Session location/ Doctor's name/ Vaccination date	
ワクチン名	(皮下接種)	Session location 実施場所	Doctor's name 医師名
Lot No.	0.5 mL	Vaccination date 接種年月日(非接種判定日)	Year Mounth Day

Influenza Vaccination Form インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

(Please fill in the form after you have received the results of your examination from the Doctor on whether you get the vaccination.)

Will you receive the vaccination, taking a medical examination and listening to the Doctor's explanations, fulling understanding the effects and goal of the treatment and the possible side effects?

(Yes / No)

This questionnaire has the purpose to ensure the immunization's safety.

I'm aware of that and agree with the submission of this questionnaire to the Hamamatsu city.

Date: _____ Year年 _____ Month月 _____ Day日 Vaccinee Signature 被接種者自署: _____ :

(Representative How are you related?)

(※If the Vaccinee cannot sign, the Representative will sign in the Vaccinee's name, then sign under representative as well as state their relation to the Vaccinee.)