

高齢者インフルエンザ予防接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

診察前の体温

度

分

住 所			
氏 名	フリガナ	性 別	
生年月日	(満 歳)		

	質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	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。	はい	いいえ	
3	現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
	病名 ()			
	治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
	その病気の主治医には、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	
4	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
6	薬や食品で皮膚に発疹や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。	はい	いいえ	
7	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	
	①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
	②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はありますか。	はい	いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9	1か月以内に予防接種(インフルエンザや肺炎球菌ワクチンなど)を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
10	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。	はい	いいえ	
	病名 ()			
	その病気を診てもらっている医師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	
11	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。 病名 ()	はい	いいえ	
12	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)
	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、説明した。
	医師署名又は記名押印

ワクチンの種類、ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
ワクチン名	皮下接種	実 施 場 所 :
Lot No.		医 師 名 :
(注)有効期限が切れていないか要確認	ml	接種(予診)年月日: 令和 年 月 日

本人記入欄

高齢者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。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

代筆者(※)

続柄

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者インフルエンザ予防接種のお知らせ

※この予防接種は、原則有料です。

該当者氏名

生年月日

整理番号

対 象 者

浦添市に住所を有する方で、下記の①、②のいずれかに該当する方を対象とします。

①令和7年度に65歳以上になる方

②接種日において60歳以上65歳未満の方であって、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方(身体障害者手帳1級相当)

※「高齢者インフルエンザワクチン」定期接種は、予防接種法に基づくものですが、接種を受けるよう努める義務は対象者に課されておらず、対象者が希望する場合、実施期間に1回のみ接種を行うこととします。なお、対象者の接種の意思が確認できない場合は接種することができません。

実 施 期 間

令和7年10月1日～令和8年3月31日まで

※病院によっては、10月1日より開始できない場合があります。ご理解とご協力をお願いします。

自 己 負 担 額

1,000円

(直接、医療機関へお支払いください。)

※上記の実施期間以外に接種した場合又は期間中の2回目以降の接種は、全額自己負担となります。

※生活保護受給者等は接種日の属する月に発行された生活保護受給者証明書の写し又は保護決定(変更)通知書の写しを医療機関に提出した場合は、全額無料となります。医療券の提出も可能ですが、予防接種を理由に医療券を取り寄せないでください。