

## 高龄者流感预防接种预诊单

横滨市

(接受接种的人员请在诊察前将粗线框内填写完毕。)

诊察前的体温

度

住 址	横滨市 区		
注音假名		联系方式: .. - .. -	
姓 名		男 · 女	医疗机构确认档打勾(✓)
生 日	年 月 日生 (满 岁)	确认年龄 (保险证等)	
障碍的种类 (60岁以上65岁未満的人员患有相当于1级的障碍之时,在相符的选项上画○) 心脏 · 肾脏 · 呼吸器官 · 人类免疫缺陷病毒造成的免疫功能障碍			残障者手册(随附复印件) 诊断书(随附复印件)
免除自行负担对象人员医疗机构确认栏(利用以下其中之一 的资料进行确认,在编号上画○。1~3,5,8随附复印件,6及9随附原件。)			
1 “介护保险费额决定通知书”、“介护保险费额通知书”	5 “节假日、夜司等诊疗请求证”、“生活保护费发放证”		
2 “介护保险负担限度额认定证”	6 “生活保护领取证明书”	7 “生活保护法医疗券”	
3 “后期高龄者医疗限度额适用、标准负担额减额认定证”	8 “本人确认证”(滞留中国侨民等人员)		
4 资格网上确认后期高龄者医疗限度额适用、标准负担额减额认定证	9 “高龄者流感预防接种免除自行负担对象人员确认书”		
确 认 事 项		回 答 栏	医师填写栏
关于今日的流感预防接种,是否阅读了横滨市发放的说明书(通知)?		是 否	
是否理解了今日将要进行的预防接种的效果和不良反应等?		是 否	
目前是否患有某种疾病? 疾病名称( )		是 否	
是否真正接受治疗(服药等)?		是 否	
该疾病的主治医师是否同意接受今日的预防接种?		是 否	
是否曾经被诊断为免疫缺陷?		是 否	
今日是否感到身体不适? 请填写感到不适的症状。( )		是 否	
是否曾因药物或食物引起出疹、荨麻疹或出现身体不适等症状? 药品/食品名称( )		是 否	
是否曾经接受过流感的预防接种? 当时是否出现过身体不适的情况?		是 否	
接受流感以外的预防接种时,是否出现过身体不适的情况?		是 否	
是否出现过抽搐(痉挛)?		是 否	
最近1个月以内是否接受过预防接种? 预防接种的种类( )		是 否	
是否曾经患心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾患等慢性疾患? 疾病名称( )		是 否	
对该疾病进行诊断的医师是否同意接受今日的预防接种?		是 否	
最近1个月以内是否出现发烧,是否曾经患病? 疾病名称( )		是 否	
关于今日的预防接种是否存在疑问?		是 否	
医师記入栏	根据以上问诊及诊察的结果,判断今日的预防接种(可实施·应停止)。对于本人,就预防接种的效果、不良反应及医药品副作用受害救济制度进行了说明。 医师签名 或 署名盖章(盖章)		
疫苗批号	接种量	实施场所·医疗机构名称·医师姓名	接种日期
Lot No. 确认疫苗有效期 <input type="checkbox"/>	0.5ml	实施场所 医疗机构名称·医师姓名	年 月 日

## 希望接受流感预防接种书 (请在根据医师的诊察结果,判断可解性接种之后填写。)

接受了医师进行诊察和说明,就预防接种的效果、目的及严重不良反应的可能性、医药品副作用受害救济制度等进行了理解的基础之上,希望进行接种。本预诊单的目的在于确保预防接种的安全性。在理解这一点的基础之上,同意向横滨市提交本预诊票。

被接种者姓名(签名·代填时署名)

※无法亲笔签名的人员,由代填人员填写接受接种的人员的姓名,并填写右侧内容。

代填人员姓名

与接受接种的人员的关系( )

# 流感预防接种完毕证明

住 址	横滨市 区		
注音假名		联系方式:	- -
姓 名		男 · 女	
生 日	年	月	日生 (满 岁)

## 1 接受预防接种后的一般注意事项

- (1) 接种后 30 分钟内, 有可能突然出现不良反应, 因此, 请确保能够立即与医师取得联系。
- (2) 流感疫苗的不良反应用多在 24 小时以内出现, 因此, 这一期间内请注意身体状况。
- (3) 可以入浴, 但请勿用力搓洗注射部位。
- (4) 接种当日请避免剧烈运动和大量饮酒。

## 2 进行流感预防接种后的不良反应

预防接种注射部位会出现发红、肿胀、疼痛, 或者出现发烧、发寒、头痛、全身疲倦等症状, 但通常情况下会在 2~3 日内自愈。

并且, 除了有时会出现发疹、寻麻疹等过敏症状, 有报告称非常罕见地还会出现过敏反应样症状、痉挛、肝功能障碍、哮喘发作等。

接种后, 如果接种部位出现伴随疼痛和发烧严重肿胀、全身寻麻疹、呕吐、脸色变差、低血压、高烧等症状, 请接受医师诊疗。

## 3 关于预防接种完毕证明

本“流感预防接种完毕证明”是用于证明接受了横滨市实施的流感预防接种的资料。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

横 滨 市 长 盖 章

疫苗批号	接种量	实施场所 · 医疗机构名称 · 医师姓名	接种日期
Lot No	0.5ml	实施场所 医疗机构名称 · 医师姓名	年 月 日
确认疫苗有效期 <input type="checkbox"/>			

注: 关于实施场所、医疗机构名称、医师姓名, 也可盖章。