

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

【医療機関保管用】

※太枠の中の当てはまるところに記入、又は○で囲んでください。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

接種区分	<input type="checkbox"/> 非課税者	<input type="checkbox"/> 実費徴収免除者（ケース番号： _____ ）	<input type="checkbox"/> 60～64歳
生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生（満 _____ 歳）		
氏名	_____	男・女	電話番号 _____
住所	秋田市 _____		

質問事項	回答欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
今日の高齢者用肺炎球菌ワクチンの予防接種について「お知らせ」を読みましたか。	はい	いいえ	
高齢者用肺炎球菌ワクチン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	
現在何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名（ _____ ）	はい	いいえ	
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、肺炎球菌ワクチン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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。（ _____ ）	はい	いいえ	
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	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ _____ ）	はい	いいえ	
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（ _____ ）	はい	いいえ	
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	
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。	はい	いいえ	
病名（ _____ ）	はい	いいえ	
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	<p>以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）と判断します。</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明しました。</p> <p style="text-align: right;">医師署名又は記名押印 _____ 印</p>
-------	--

使用ワクチン名	皮下注射・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
ワクチン名			実施場所 いちかわ内科クリニック
Lot No.	皮下注射・筋肉内注射	0.5 _{ml}	接種医師名 院長市川喜一
(注)有効期限が切れていないか要確認			接種年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 （※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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を（希望します・希望しません）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被接種者自署 _____

代筆者名 _____ （続柄） _____

（※自署できない者は、代筆者が署名し、代筆者名および被接種者との続柄を記載）