

成人用肺炎球菌ワクチン接種予診票

宇部市

		診察前の体温	度分		自己負担金
住 所	(※現在住民票のある住所をご記入ください) 宇部市				1 徴収 (2,870円)
ふりがな氏名		性別	男・女		2 免除 (生活保護)
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	電話番号	()		

※住所の記載に間違いがあれば、健康被害救済制度を受けることができない場合があります。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか	は い	いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチンの接種について説明書を読みましたか	は い	いいえ	
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	
現在、何か病気にかかっていますか 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、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	
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 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、身体の具合が悪くなったことがありますか	は い	いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類()	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 病名()	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 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	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。 医師のサイン_____
-----------	---

本 人 署 名 欄	(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。 このことを理解した上、本予診票が宇部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_____	代筆者氏名_____続柄_____
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) ★代筆は医師・看護師不可			

ワクチンロット番号	皮下注射 筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名() L o t No. (注)有効期限が切れていないか要確認	・皮下注射 ・筋肉内注射	0.5ml	実 施 場 所 医 師 名 接 種 年 月 日 令和 年 月 日