

帯状疱疹予防接種予診票

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。)				1 徴収 組換えワクチン (6,620円) 2 徴収 生ワクチン (2,660円) 3 免除 (生活保護)
ふりがな		男・女	電話番号		
氏名			()		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)				

※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
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
【今回の接種が2回目以降の場合】 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記入してください ① シングリックス(組換えワクチン) ② 乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン)	種類に○をつけてください ① ② 年 月 日		
今日の帯状疱疹の予防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	
① 治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
② 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、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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(※)の注射を受けましたか ※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。この注射を3～6か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。	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	接種方法		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス® 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」® 皮下注射	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日	令和 年 月 日