高齢者肺炎球菌予防接種予診票

R7.3月版
HP

※太枠内を記入して下さい。
※接種日において、住民登録のある住所を記入して下さい。

		診察前の体温	℃
氏　名		電話番号	
住　所	宜野湾市		男　・　女
生年月日	昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）		
これまでに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。 ※受けたことがある方は定期接種として受けられません。		はい　・　いいえ いつ受けましたか：（　　年　　月）	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1．今日の肺炎球菌の予防接種について市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。　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よいといわれましたか。	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。　具体的な症状（　　）	はい	いいえ	
6．今までに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類（　　）症状（　　）	はい	いいえ	
7．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	
8．1カ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	
9．今までに心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液、呼吸器などの病気、その他の病気にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 病名（　　）	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よいといわれましたか。	はい	いいえ	
10．1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。（感染症含む） 病名（　　）	はい	いいえ	
11．薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、アレルギー・体の具合が悪くなったことがありますか。	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	※60歳以上65歳未満の対象者（心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルス、により一定の障害を有する者）のみ記入 疾患名（　　）　※身体障害者手帳の写しを添付
	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、説明しました。 医師署名又は記名押印

高齢者肺炎球菌予防接種希望書及び同意書（医師の診察の結果、接種が可能と診断された後にご記入してください。）

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　）　※どちらかを○で囲んでください。
また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。

被接種者自署（または代理人）署名

（※自署できない者は代筆者が被接種者名で署名し、以下に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

代筆者氏名　　続柄

ワクチンロット番号	接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日 ※接種を見合わせた場合（予診のみ）でも、実施場所等について、下記欄へご記入下さい。
Lot No. ※有効期限が切れていないか要確認 □予診のみ	皮下・筋肉内 （右・左） 0.5ml	実施場所 医師名 接種（予診）年月日　令和　　年　　月　　日