

高齢者肺炎球菌予防接種予診票

※太枠内を記入して下さい。

R7.3月版

※接種日において、住民登録のある住所を記入して下さい。

| | | | |
|---|-----------------|---------------------------|-----|
| 氏名 | | 診察前の体温 | ℃ |
| 住所 | 宜野湾市 | 電話番号 | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日生 (満 歳) | | 男・女 |
| 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 | |

| | |
|---------|--|
| | ※60歳以上65歳未満の対象者(心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全による障害を有する者)のみ記入 疾患名() ※身体障害者手帳の写しを添付 |
| 【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 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 |

◆◆予防接種を受ける前の注意◆◆

①予防接種は、ご自身の体調の良い日に受けましょう。何か心配があるときは、かかりつけの医師や宜野湾市保健相談センターにご相談ください。

②予診票は、基本的には接種を受けるご本人が責任をもって記入しましょう。

③受ける予防接種についての必要性や副反応について、よく理解しておきましょう。



(宜野湾市予防接種のページ)

※予防接種法に基づく肺炎球菌の予防接種は、**自らの意思と責任で接種を希望する場合にのみ接種を受けることができます。**予防接種を受ける前に、医師から十分に説明を聞き、必要性や副反応についてよく理解し同意した上で接種を希望して、受けてください。なお、本人の接種の意思確認ができない場合には、接種を受けることができません。

《対象者》・65歳以上の方(66歳誕生日の前日まで)

- ・60歳以上65歳未満の方で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限されている程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方。(身体障害者手帳 1級程度)
- ※該当の有無を医師へご相談ください。

《接種回数》 1回 ※過去に市の助成を受けた、または自費で高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがある人は対象外です。

《場 所》 指定された医療機関(別紙)

《費 用》 自己負担 4,000円(生活保護受給者は自己負担金なし)

※生活保護受給中の方は、生活保護受給者証または生活保護受給証明書などの生活保護受給者であることがわかるものを提示してください。

《接種する際は》 指定医療機関へ電話予約をお願いします。
その際、持参するものを病院へ確認してください。

※接種を希望される方は、同封の予防接種説明書もよくお読みの上、接種に臨んで下さい。

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。