

## 帯状疱疹予防接種予診票

※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。

住所	宜野湾市	性別	男 ・ 女
接種を受ける方の氏名		電話番号	
生年月日	大正 ・ 昭和	年	月
		日生	(満 歳)

これまでに帯状疱疹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
※2回目は、2か月以上の間隔をおいて6か月以内に接種	はいの場合[接種日: 年 月 日]
また、そのワクチンの種類を○で囲んでください。(注意:不活化ワクチンを接種した場合は、生ワクチンの接種はできません)	
①不活化ワクチン(シングリックス) ②生ワクチン(ピケン) ③その他	

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日の帯状疱疹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. 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
7. これ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。	はい	いいえ
予防接種の種類( ) 症状( )	はい	いいえ
8. 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
9. 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
10. 今までに心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症などの病気、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。	はい	いいえ
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
11. 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。(感染症含む)	はい	いいえ
病名( )	はい	いいえ
12. 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。	はい	いいえ
13. 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】	※60～64歳で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1級程度の写しを添付
	※2回目の接種間隔が2か月未満で接種する場合(病気や治療により、免疫の機能が低下または低下する可能性がある等) (判断理由: )
	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

## 帯状疱疹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。

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

【接種を受ける方の氏名:(必須)】

※代筆の場合:接種を受ける方の氏名・代筆者氏名(続柄) [代筆者氏名: (続柄: )]

ワクチンロット番号	接種方法・接種部位	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
ワクチン名 □予診のみ	筋肉内注射 皮下注射	0.5ml	実施場所 医師名
Lot No.	乾燥弱毒生ワクチン「ピケン」		
(注)有効期限が切れていないか要確認	右 ・ 左	接種(予診)年月日	年 月 日



(宜野湾市 帯状疱疹ホームページ)

帯状疱疹の予防接種は、自らの意思と責任で希望する場合にのみ接種を受けることができます。  
同封の説明書をよく読み、医師から十分な説明を聞き、必要性や副反応についてよく理解し、  
同意した上で体調が良い日に受けましょう。  
本人の意思確認ができない場合は、接種を受けることができません。

#### 《対象者》

- ・年度内に65、70、75、80、85、90、95、100歳になる方
  - ・60～64歳の方で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方(身体障害者手帳 1級程度)
- ※身体障害者手帳または医師の診断書を医療機関へご提出ください。

#### 《予防接種の内容》

ワクチンの種類	接種回数 及び 自己負担額
生ワクチン(ビケン)	1回接種 4,000円
不活化ワクチン(シングリックス)	2回接種 11,000円(計22,000円)

※これまでに自費で帯状疱疹の予防接種を受けたことがある方は医師とご相談ください。

※不活化ワクチンで接種した場合、生ワクチンは選択できません。

(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受給者であることがわかるものを 医療機関へご提出 ください。

《接種場所》 指定医療機関(別紙) ※要予約

《持参するもの》 予診票・マイナ保険証等(本人確認書類)