

## 帯状疱疹

## 定期予防接種予診票

- 生ワクチン  
不活化ワクチン①  
不活化ワクチン②

接種希望の方は、太枠の中のみご記入ください。

○で囲んで下さい（当該年度末時点の年齢）

60～64歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳	90歳	95歳	100歳	診察前の体温	度	分
住所 朝倉市									電話		
ふりがな				男	生年月日	大正		年	月	日生	
氏名				女	年月日	昭和		(満)	歳		
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。									いいえ	はい	
今日の帯状疱疹の予防接種について市から郵送されている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）									いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。									いいえ	はい	
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。 (注) 免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することが出来ませ									いいえ	はい	
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。（）									いいえ	はい	
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？									いいえ	はい	
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？ 予防接種の種類（）									いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。									いいえ	はい	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（）									いいえ	はい	
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（）									いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。									はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（）									いいえ	はい	
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。									いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。									いいえ	はい	
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										
ワクチンロット番号			接種量			実施場所・医師名・接種年月日					
シングリックス・ビケン Lot No.			皮下接種・筋肉内接種 0.5 ml			実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日					
※有効期限が切れていないか確認											
<b>帯状疱疹予防接種希望書</b> （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下さい。） 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の上で、接種を希望しますか。 （希望します・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。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 令和 年 月 日 被接種者氏名（自署） （※本人が自署できない場合、代筆者が被接種者氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください） （代筆者氏名 続柄）											
医療機関確認欄	自己負担額	<input type="checkbox"/> 有料		(生ワクチン) 3,000円 (不活化ワクチン) 6,000円							
		<input type="checkbox"/> 無料		生活保護受給者証明書を添付してください							