

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

住所	浦添市		診察前の体温	度	分
氏名	フリガナ	(男・女)	電話番号		
	生年月日	(満 歳)			

〈予診票は接種する医師にとって大切な情報ですので、責任をもって記入してください。〉

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 高齢者肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。 受けたことがある場合、それはいつでしたか。(年 月頃) 接種履歴があやふやな方は、家族やかかりつけ医などに確認しましたか。 (確認先:)	はい	いいえ	
2 今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読み、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 () その病気で治療(投薬など)を受けていますか。 薬の名前・種類 ()	はい はい	いいえ いいえ	
4 免疫不全と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
5 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	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はありますか。	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ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名 () また、1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ()	はい はい	いいえ いいえ	
9 心臓、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症など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	
10 9で「はい」と答えた方へ 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	
11 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)と判断します。
本人に対して、予防接種の効果、目的、接種するワクチンの有効性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印 _____

本人記入欄

高齢者肺炎球菌予防接種希望者(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、予防接種の効果や副反応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おります。

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 被接種者白署

代筆者(※)

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すること。

ワクチンの種類 ロット番号 ※ロットNoシールをお貼りください	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入ください)
※有効期限が切れていないか要確認	筋肉・皮下: 0.5ml 接種部位: 上腕 (右 ・ 左)	実施場所: 医師名: 接種(予診)年月日: 令和 年 月 日