

# 带状疱疹予防接種 予診票

医療機関確認欄

◎該当するものを○で囲んでください。

※助成は接種日当日、小山市に住居登録のある方のみが対象です。

保険証・免許証・その他

生ワクチン ・ 不活化ワクチン(1回目) ・ 不活化ワクチン(2回目)		診察前の体温		度 分	
住 所	小山市				
フ リ ガ ナ			男・女	生年 月 日	昭和 年 月 日生 (満 歳)
受ける人の氏名					
電 話 番 号	( )				

よく読んであてはまる項目を○で囲み、また、必要なところに記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 今日の带状疱疹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	いいえ	はい	
2 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	いいえ	はい	
3 今日、体の具合が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( )	はい	いいえ	
4 現在、何か病気にかかっていますか 病名( )	はい	いいえ	
5 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言われましたか	いいえ	はい	
6 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
7 今までに、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( )	はい	いいえ	
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いわれましたか	いいえ	はい	
8 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	
9 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	
10 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
11 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
12 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種日( 年 月 日)	はい	いいえ	
13 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	はい	いいえ	
14 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか(注)	はい	いいえ	
15 現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。 ※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できません。	はい	いいえ	
16 (女性の方に) 現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか 現在、授乳をしていますか ※妊娠中の方は生ワクチンを接種することができません。また、接種後2か月間は避妊が必要です。	はい はい	いいえ いいえ	
17 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

**医師の記入欄**

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( **実施できる・見合わせた方がよい** )と判断します。  
本人又は家族に対し予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用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

**带状疱疹予防接種希望者** (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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品副作用被害救済制度などについて理解した上で、接種することに( **同意します・同意しません** )

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、本予診票が市に提出されることに同意します。

年 月 日 本人自署

※自署できない場合は家族等が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載

使用ワクチン名	接 種 量		医療機関 所在地 名 称 医 師 名 接種年月日	接種済 証発行 の有無
ワクチン名 Lot No.	生ワクチン (皮下接種)	不活化ワクチン (筋肉内接種)		
(注)有効期限がきれていないか確認	0.5ml	0.5ml	年 月 日	

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。