

带状疱疹予防接種 予診票 (定期・任意)

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、小山市に住民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
受ける人の氏名
電話番号 ()
男・女 生年月日 大正・昭和 年 月 日生 歳 (満)

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。
2 (今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。
3 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。
4 今日、体の具合が悪いところがありますか。
5 現在、何か病気にかかっていますか。
6 治療(投薬など)を受けていますか。
7 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。
8 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。
9 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。
10 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。
11 免疫不全と診断されたことがありますか。
12 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。
13 1か月以内に予防接種を受けましたか。
14 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。
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。
16 今日の予防接種について質問がありますか。

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

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、予防接種健康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 接種方法・接種量 接種済証発行の有無
ワクチン名 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン) シングリックス(不活化ワクチン)
Lot No. 皮下注射 筋肉内注射
(注)有効期限がきれていないか確認 0.5ml 0.5ml
医療機関所在地名称 医師名 接種年月日 年 月 日