

# 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		男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 日生 歳)	
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。	いいえ	はい	
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。 (注) ワクチンの種類は、①乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、②シングリックス(不活化ワクチン)、③その他、のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日		
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。	いいえ	はい	
4 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	
5 現在、何か病気にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ	
6 治療(投薬など)を受けていますか。 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。	はい	いいえ	
7 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	
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。 病名( ) 治療内容 □血をサラサラにする薬( ) □その他( ) ※不活化ワクチンは筋肉内に接種するため、血小板減少症や凝固障害を有する方、抗凝固療法を実施されている方は、注意が必要です。	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	
9 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	
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。	はい	いいえ	
11 免疫不全と診断されたことがありますか。また、近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
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。 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
13 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	
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。	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 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		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.	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)	年 月 日	有 ・ 無
(注)有効期限がきれていないか確認	皮下注射 0.5ml	筋肉内注射 0.5ml		