小山市民用

帯状疱疹予防接種 予診票（定期・任意）

医療機関確認欄

◎該当するものを〇で囲んでください。　※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		住 民 番 号	男・女	生年月日	大正・昭和 年　月　日生 （満　歳）
受ける人の氏名					
電 話 番 号	（　　）				
助成対象者分類 ※助成を受ける方は、いずれかの番号に〇をつけてください。	①. 今年度６５・７０・７５・８０・８５・９０・９５・１００歳になる方 ②. ６０～６５歳未満で身体障害者手帳１級をお持ちの方（心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能障がいに限る） ③. ①または②にあたる方で、生活保護を受給されている方 ④. ５０歳以上で、上記①～③に該当せず、小山市の帯状疱疹予防接種の助成を受けたことがない方				

よく読んであてはまる項目を〇で囲み、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　今日の帯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「ビケン」(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、いずれか一つを〇で囲んでください。	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。	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	
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（　　）	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　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

帯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 Lot No. (注)有効期限がきれていないか確認	乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン) 皮下注射 0.5ml	シングリックス(不活化ワクチン) 筋肉内注射 0.5ml	医療機関 所在地 名　称 医師名 接種年月日　年　月　日	有・無