

带状疱疹予防接種予診票(定期接種)

岩国市

太枠内をご記入ください

注意！過去に「岩国市带状疱疹予防接種助成金」の交付を受けたことがある人は、定期接種の対象ではありません。(全額自己負担になります。)

带状疱疹ワクチンの定期接種は、 今回が何回目ですか		乾燥弱毒生 水痘ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	乾燥組換え 带状疱疹ワクチン	<input type="checkbox"/> 1回目	診察前の体温		度	分	
					<input type="checkbox"/> 2回目(1回目接種	年	月	日)		
過去に带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 「はい」と回答された方は、医師が必要と認めた場合のみ定期接種の対象となります。							はい	いいえ		
住 所	(現住民登録している住所をご記入ください)※ 岩国市						自 己 負 担 金			
電 話 番 号							1徴収した <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 組換えワクチン			
ふりがな							2免除(生活保護等)			
受ける人の氏名							男 ・ 女			
生 年 月 日	大正・昭和	年	月	日	(満	歳)				

※住所等の記載に間違いがあれば、健康被害救済制度を受けることができない場合があります。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける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。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。	いいえ	はい	
病 名 ()			
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
具合の悪い症状を書いてください。()			
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。	いいえ	はい	
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？	いいえ	はい	
予防接種の種類 ()			
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
予防接種の種類 () 接種日(月 日)			
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。	いいえ	はい	
病 名 ()			
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	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	いいえ	はい	
病 名 ()			
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。	いいえ	はい	
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。
本人に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

带状疱疹予防接種希望書(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、接種することを(希望します・希望しません)

※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

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。

(※代筆の場合は代筆者が被接種者署名欄に被接種者氏名を記入し、代筆者氏名・続柄も記入してください)

本人が自署出来ないため、接種意思を確認のうえ代筆します。

被接種者署名

(代筆者氏名

続柄

使用ワクチン名	接種量・方法	接種量・方法	実施場所・医師名	接種又は問診年月日
ワクチン名 Lot No. 有効期限 (注)有効期限が切れていないか要確認	0.5ml 乾燥組換え带状疱疹ワクチン シングリックス <input type="checkbox"/> 筋肉内注射	0.5ml 乾燥弱毒生水痘 ワクチン「ピケン」 <input type="checkbox"/> 皮下注射		