

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

岩国市

太枠内をご記入ください

診察前の体温

度 分

自己負担金

住所	(現住民登録している住所をご記入ください)※ 岩国市		1 徴収した 2 免除(生活保護等) 生活保護受給者カードケース番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> <td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>				
電話番号							
ふりがな							
受ける人の氏名	男 ・ 女						
生年月日	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
肺炎球菌ワクチン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。)	いいえ	はい	
今日の肺炎球菌感染症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。 病名 ()	いいえ	はい	
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。 具合の悪い症状を書いてください。()	いいえ	はい	
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	
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。 予防接種の種類 () 接種日(月 日)	いいえ	はい	
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 ()	いいえ	はい	
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。 病名 ()	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

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書(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**)
※かっ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、本予診票が市町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)

被接種者署名

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。
(代筆者氏名 続柄)

使用ワクチン名	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 筋肉内接種		