

帯状疱疹予防接種予診票

接種するワクチンを○で囲んでください		P シングリックス①		Q 「ビケン」(生ワクチン)②		接種場所での体温		度 分	
住 所	大牟田市					電 話	—		
フリガナ		性 別	男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日				
受ける人の氏名					(満 歳)				

質 問 事 項				回 答 欄		医師記入欄
1	帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。			は い	いいえ	
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1) ワクチンの種類は①シングリックス®(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」®(生ワクチン)、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	今日の帯状疱疹の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。			いいえ	は い	
4	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	
5	現在、何か病気にかかっていますか。 病名() 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もよいと言われましたか。			は い	いいえ	
6	免疫不全と診断されたことがありますか。 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。			は い	いいえ	
	(注)免疫不全状態の方、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	
7	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。()			は い	いいえ	
8	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	
9	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類()			は い	いいえ	
10	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	
11	1か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()			は い	いいえ	
12	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患にかかったことがありますか。 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もよいと言われましたか。			は い	いいえ	
13	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()			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	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (1.可能 ・ 2. 見合わせる) 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
-------	--

ワクチンロット番号	接 種 方 法		接種量	判定・接種年月日	年 月 日
ワクチン名 LotNo. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス® 筋肉内注射 (左 ・ 右)	乾燥性弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 皮下注射 (左 ・ 右)	0.5ml	医療機関コード番号 住 所 医 療 機 関 名 称 判定・接種医氏名	

医療機関記入欄	有 料 (自己負担金徴収) ・ 無 料 (確認した書類について次のどちらかに○を記入してください。)
確認者 ()	1.免除決定通知書 2.生活保護証明書

帯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、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者署名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄 _____

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

◎この用紙は2部複写です。ノーカーボン用紙です。からボールペンでお書きください。