

## 高齢者の带状疱疹予防接種実施申込書及び予診票

(ボールペンで太枠線内の欄に記入してください。)

接種年月日 (申込年月日)		令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	1回目	<input type="text"/>	2回目					
※ 生ワクチンの場合、接種は1回のみです。																				
接種を受ける方	住所	堺市 区										Tel ( )								
	フリガナ											生年月日 明治・大正・昭和								
	氏名											男・女	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>
予防接種の種類		<input type="radio"/> 高齢者带状疱疹		診察前の体温											度		分			
質 問 事 項												回 答 欄		医 師 記 入 欄						
1. 带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか？ 受けたことがある場合、それはいつ、どのワクチンでしたか？ いつ ( ) ワクチン(組換えワクチン「シングリックス」・生ワクチン「ピケン」)												はい	いいえ							
2. 今日の带状疱疹の予防接種について説明書を読みましたか？												はい	いいえ							
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？												はい	いいえ							
4. 現在、何か病気にかかっていますか？ 病名( )												はい	いいえ							
治療(投薬など)を受けていますか？ 薬の名前・種類( )												はい	いいえ							
5. 免疫不全と診断されたことがありますか？												はい	いいえ							
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか？ あれば、その症状を書いてください。( )												はい	いいえ							
7. 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							
8. 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							
9. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？												はい	いいえ							
10. 1か月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種の種類( )												はい	いいえ							
11. 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							
12. 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							
13. 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							
14. 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( 可能 ・ 見合わせる ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応等について、説明をしました。  医師署名又は記名押印																		
高齢者の带状疱疹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。)																				
私は、医師の診察、説明を受け、带状疱疹ワクチン接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、接種を希望します。また、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																				
被接種者自署																				
(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)																				
実施場所・医師名・接種年月日												ワクチンロット番号		接種経路						
医療機関名												Lot No.		筋肉内・皮下						
医師名												_____		接種量: 0.5 ml						
接種年月日																				