使用期限：令和６年3月31日まで

定期接種

高齢者（23価）肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

（市提出用）

年齢区分	□昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生	□昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生	診察前の体温	度　分
	□昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生	□昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生		
	□昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生	□昭和 8年4月2日生～昭和 9年4月1日生		
	□昭和 3年4月2日生～昭和 4年4月1日生	□大正12年4月2日生～大正13年4月1日生		
住所	下野市		（☎　　）	

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和　年　月　日生
受ける人の氏名				（満　歳）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
現在、下野市に住民登録がありますか	いいえ	はい	
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 （接種時期：　年　月　日）	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	いいえ	はい	
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（　）	はい	いいえ	
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	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も良いといわれましたか	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
１か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　）	はい	いいえ	
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うけてよいといわれましたか	いいえ	はい	
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	
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はありますか 薬・食品名（　）	はい	いいえ	
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	
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**　・　**見合わせたほうがよい**　）と判断します。
本人又は家族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しました。

医師署名又は記名押印

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**　）　※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、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

令和　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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	（皮下注射・筋肉内注射） 0.5㎖	医療機関 所在地 名称 **接種医師名** 接種年月日　令和　年　月　日

※転出した場合は使用できません。

下　野　市

使用期限：令和６年3月31日まで

定期接種

高齢者（23価）肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

（医療機関用）

年齢区分	□昭和33年4月2日生～昭和34年4月1日生	□昭和28年4月2日生～昭和29年4月1日生	診察前の体温	度　分
	□昭和23年4月2日生～昭和24年4月1日生	□昭和18年4月2日生～昭和19年4月1日生		
	□昭和13年4月2日生～昭和14年4月1日生	□昭和 8年4月2日生～昭和 9年4月1日生		
	□昭和 3年4月2日生～昭和 4年4月1日生	□大正12年4月2日生～大正13年4月1日生		
住所	下野市		（☎　　）	

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和　年　月　日生
受ける人の氏名				（満　歳）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
現在、下野市に住民登録がありますか	いいえ	はい	
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 （接種時期：　年　月　日）	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	いいえ	はい	
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（　）	はい	いいえ	
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	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も良いといわれましたか	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
１か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　）	はい	いいえ	
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うけてよいといわれましたか	いいえ	はい	
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	
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はありますか 薬・食品名（　）	はい	いいえ	
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	
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**　・　**見合わせたほうがよい**　）と判断します。
本人又は家族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しました。

医師署名又は記名押印

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**　）　※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、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

令和　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	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか要確認	（皮下注射・筋肉内注射） 0.5㎖	医療機関 所在地 名称 **接種医師名** 接種年月日　令和　年　月　日

※転出した場合は使用できません。

下　野　市