

高齢者(23価)肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

(市提出用)

住所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市 (公)		診察前の体温	度	分
ふりがな			昭和	年	月 日生
受ける人の氏名		男・女	生年月日		(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
これまで23価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(全額自己負担での接種を含む) ※ある場合は定期接種の対象となりません。	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチン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	いいえ	はい	
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	
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	
その病気の主治医には、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	
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	
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	はい	いいえ	
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	
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	
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	
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

高齢者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、接種を希望しますか。

(接種を希望します・希望しません) ※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 被接種者自署

(※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	皮下接種・筋肉内接種 (どちらか○で囲んでください)	医療機関 所在地 名称
Lot No.	0.5ml	接種医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 令和 年 月 日

※下野市を転出した場合は使用できません。 ※接種時は、母子手帳等接種履歴がわかる書類をお持ちください。

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)

住所	※住民票が下野市にない方は使用できません 下野市 (公)		診察前の体温	度	分
ふりがな			昭和	年	月 日生
受ける人の氏名		男・女	生年月日		(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
これまで23価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(全額自己負担での接種を含む) ※ある場合は定期接種の対象となりません。	はい	いいえ	
今日の肺炎球菌ワクチン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	いいえ	はい	
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	
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	
その病気の主治医には、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	
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	
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	はい	いいえ	
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	
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	
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	
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

高齢者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、接種を希望しますか。

(接種を希望します・希望しません) ※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 被接種者自署

(※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	皮下接種・筋肉内接種 (どちらか○で囲んでください) 0.5ml	医療機関 所在地 名称 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日

※下野市を転出した場合は使用できません。 ※接種時は、母子手帳等接種履歴がわかる書類をお持ちください。