

生ワクチン	組換えワクチン（1回目）	組換えワクチン（2回目）	診察前の体温	度	分
年齢区分	65・70・75・80・85・90・95・100・101以上・その他				
住所	※住民票が下野市にない方は使用できません。 下野市（☎ ）				
ふりがな		男・女	生年月日	年	月 日生
受ける方の氏名				（満 歳）	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 帯状疱疹の接種をしたことがありますか 接種日 【生ワクチン】（ 年 月 日） 【組換えワクチン】 1回目（ 年 月 日）	は い	いいえ	
2 今日の帯状疱疹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	
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	いいえ	は い	
4 今日、体の具合が悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください（ ）	は い	いいえ	
5 現在、何か病気にかかっていますか 病名（ ）	は い	いいえ	
6 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	いいえ は い	
7 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名（ ）	は い	いいえ	
8 今までに心臓病、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（ ） 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	いいえ は い	
9 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	
10 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	
11 本人または近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	は い	いいえ	
12 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	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	は い	いいえ	
14 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（ ） 接種日（ 年 月 日）	は い	いいえ	
15 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか（注）	は い	いいえ	
16 現在、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 ※免疫不全状態の方、薬剤治療などにより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	
17 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。
本人また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、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。市の定める助成対象とならないことが判明した場合には、助成金を市に返金することとなります。これらのことを理解の上、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

本人自署

※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

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	生ワクチン (皮下接種) 0.5ml	組換えワクチン (筋肉内接種) 0.5ml	医 療 機 関 所 在 地 名 称 接種医師名 接種年月日	年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※下野市を転出した場合は、使用できません。

生ワクチン	組換えワクチン（1回目）	組換えワクチン（2回目）	診察前の体温	度	分
年齢区分	65・70・75・80・85・90・95・100・101以上・その他				
住 所	※住民票が下野市にない方は使用できません。 下野市 (〆)				
ふりがな		男・女	生年月日	年	月 日生 (満 歳)
受ける方の氏名					

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 带状疱疹の接種をしたことがありますか 接種日 【生ワクチン】 (年 月 日) 【組換えワクチン】 1 回目 (年 月 日)	は い	いいえ	
2 今日の带状疱疹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	
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	いいえ	は い	
4 今日、体の具合が悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	は い	いいえ	
5 現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	は い	いいえ	
6 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	いいえ は い	
7 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名 ()	は い	いいえ	
8 今までに心臓病、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 () 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	いいえ は い	
9 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	
10 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	
11 本人または近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	は い	いいえ	
12 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	
13 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	は い	いいえ	
14 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種日 (年 月 日)	は い	いいえ	
15 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか（注）	は い	いいえ	
16 現在、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 ※免疫不全状態の方、薬剤治療などにより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	
17 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。
本人また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、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。市の定める助成対象とならないことが判明した場合には、助成金を市に返金することとなります。これらのことを理解の上、本予診票が下野市に提出されることに同意します。

本人自署

※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

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	生ワクチン (皮下接種) 0.5ml	組換えワクチン (筋肉内接種) 0.5ml	医 療 機 関 所 在 地 名 称 接種医師名 接種年月日 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※下野市を転出した場合は、使用できません。