西和賀町

高齢者の肺炎球菌感染症
予防接種予診票

○太わく内は被接種者が記入してください。

○太わく以外は医療機関で記入願います。
○この票は医療機関が市町村に料金を請求する際に請求書に添付してください。

診察前の体温	度　　分

住　所	岩手県和賀郡西和賀町	電話番号	－　　－ ※ 日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。
ふりがな		男・女	生年月日　明治・大正・昭和　年　月　日生（満　歳）
氏　名			

	質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
1	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	いいえ	はい	
2	今日の肺炎球菌ワクチン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	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（　　） 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	いいえ いいえ はい	はい はい いいえ	
5	免疫不全と診断されたことがありますか	いいえ	はい	
6	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（　　）	いいえ	はい	
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 薬・食品名（　　）	いいえ	はい	
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 予防接種名（　　）	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　（　年　月　日）	いいえ	はい	
10	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）	いいえ	はい	
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（　　） 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	いいえ はい	はい いいえ	
12	最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名（　　）	いいえ	はい	
13	今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

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（ **可能** ・ **見合わせる** ）。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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	0.5ml	実施場所
ロット番号	接種方法	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	□筋肉内接種	接種年月日　年　月　日

高齢者用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　・　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）

（代筆者氏名：　　被接種者との続柄：　　）