那　覇　市

高齢者用肺炎球菌ワクチン　予診票

自己負担額

※太枠内に消えないボールペンで記入してください。

住　所		診察前の体温	（　　度　　分） ※体温は医療機関で測り記入してください
フリガナ 接種を受ける人の氏名	再	男・女	電話番号	（　　） －
生年月日	生（満　　歳）		

※接種日時点で市外へ転出されている方は、この予診票は使えません。使用した場合、全額自己負担になります。

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	過去に23価の高齢者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。	はい	いいえ	
2	今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種及び裏面の注意事項を確認しましたか。	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、何かの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言われましたか。	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。 具合の悪い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	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	
9	最近1カ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	
10	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受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
11	最近1カ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	
12	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 ）** と判断します。

接種を受ける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。

医師署名または記名押印

高齢者肺炎球菌ワクチン接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。）

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について理解した上で接種を希望します。また、予診票の記載が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

被接種者（または代理人）署名　　（代理人の場合）続柄

（被接種者が自署出来ない方の場合）被接種者の意思確認後、代理人が署名をする場合は、代理人氏名及び被接種者との続柄を記入してください。

使用ワクチン名（使用期限注意）	接種部位	自己負担なし	実施場所・医師名・接種年月日（予診のみの場合もご記入ください）
ワクチン名	□ 皮下 □ 筋肉内		実施場所
Lot No.	□ 右 □ 左		医師名
予診のみ □※1	接種量 0.5 ml	□※2	接種（予診）年月日　　年　　月　　日

※1 予診のみの場合は□にチェックを入れてください。　※2 自己負担なしの場合は□にチェックを入れてください。