

自己負担額

令和 7 年度 高齢者带状疱疹ワクチン

1 回目

予診票

(組換えワクチン)		(生ワクチン)		※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		性別		電 話 番 号	() —
接種を受ける人の氏名					
生年月日	生 (満 歳)				

※那覇市外に転出した方は、この予診票を使用することはできません。

質 問 事 項		回 答 欄		医 師 記 入 欄
1	带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
	(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日		
2	今日の带状疱疹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。	いいえ	はい	
	病 名()	いいえ	はい	
	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	はい	
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？	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。 予防接種の種類()	いいえ	はい	
9	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
10	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	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。	いいえ	はい	
	病 名()	はい	いいえ	
12	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。 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。	いいえ	はい	
	病 名()	いいえ	はい	
13	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
14	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

高齢者带状疱疹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 方 法 、 接 種 量		自己負担なし	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日	
ワクチン名	シングリックス	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」		実施場所	
Lot No.	筋肉内注射	皮下注射		医 師 名	
予診のみ ☐ ※1	接種量 0.5 ml	接種量 0.5 ml	☐ ※2	接種年月日 令和 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。

令和7年度 高齢者帯状疱疹ワクチン 2回目 予診票

自己負担額

(組換えワクチン)

※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		性別	電 話 番 号	() —
接種を受ける人の氏名				
生年月日	生 (満 歳)			

※那覇市外に転出した方は、この予診票を使用することはできません。

質 問 事 項		回 答 欄		医 師 記 入 欄
1	带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
	(今回の接種が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1)ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 (生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③		
	年 月 日			
2	今日の带状疱疹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。	いいえ	はい	
	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	はい	
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。	いいえ	はい	
	具合の悪い症状を書いてください。()			
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？	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。	いいえ	はい	
	予防接種の種類()			
9	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
10	1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
	予防接種の種類()			
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。	いいえ	はい	
	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	
12	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。	いいえ	はい	
	病 名()			
13	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
14	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

醫師記入欄

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

高齢者帯状疱疹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)	接種方法、接種量	自己負担なし	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	シングリックス		実施場所			
Lot No.	筋肉内注射		医 師 名			
予診のみ ☐ ※1	接種量 0.5 ml	☐ ※2	接種年月日	令和	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。