霧島市　高齢者帯状疱疹予防接種　予診票

住所	霧島市	男 女	生年月日	明治 大正 昭和　　年　月　日 （満　　歳）
ふりがな 氏名				
電話番号	自宅 ・ 携帯（　　ー　　ー　　）			

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
診察前の体温は何度ですか	度　分		
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
（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。 ※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、いずれか一つを〇で囲んでください。	①／②／③ 年　月　日		
今日の帯状疱疹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	はい	いいえ	
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	
現在何か病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか 病名（　　） その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい はい	いいえ いいえ	
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	
薬や食品で皮ふ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	
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（　　）	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（　　） 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いわれましたか	はい はい	いいえ いいえ	
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	
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	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	

（被接種者記入欄）

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。　（　希望します　・　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。

令和　　年　　月　　日　　**被接種者自署** ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊接種希望者が自署できない場合、**代筆者が接種希望者名**と代筆者名及び続柄を記載
＊医療従事者や知人による代筆はできません。　代筆者（　　）続柄（　　）

（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　　）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、説明をしました。

医師の署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ワクチン名、ロット番号	接種方法	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
ワクチン名 Lot No.	シングリックス 筋肉内接種 乾燥弱毒生水痘ワクチン[ビケン] 皮下接種	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日