

高齢者用肺炎球菌 予防接種予診票 記入例

生年月日にて
接種年齢に該当するか
確認してください

生活保護受給者の場合は、
「負担金なし」を
囲んでください

高齢者用肺炎球菌 ワクチン 予防接種予診票

太枠及び太線にボールペンで○を囲むか記入してください。

住 所	直方市 殿町 ○ー○	診察前の体温	36 度 6 分
氏 名	直方 花子	男 女	電話番号 〇〇〇
生年月日	大正 昭利 〇〇 年 4 月 1 日 生 (満 歳)		

直方市

負担金なし

体温が37.5℃以上は
接種不可

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今までに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 <u>いいえ</u>	
「高齢者用肺炎球菌(20価)の予防接種」の説明書を読みましたか。	<u>いいえ</u> はい	
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	
現在、何か病気にかかっていますか。病名()	はい <u>いいえ</u>	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい <u>いいえ</u>	
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。	<u>いいえ</u> はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <u>いいえ</u>	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい <u>いいえ</u>	
具合の悪い症状を書いてください。()		
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 <u>いいえ</u>	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい <u>いいえ</u>	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい <u>いいえ</u>	
予防接種の種類 ()		
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()		
最近1か月以内に熱が出たり、病気()		
病名()		
今日の予防接種について質問がありますか。	はい <u>いいえ</u>	

必ず「可能」「見合わせる」の
どちらかを○で囲んでください

医師署名は 直筆
又は
ゴム印と朱印

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 (<u>可 能</u> ・ <u>見合わせる</u>)
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、説明した。	医師署名又は 記名押印 病院 太郎

ワクチンロット番号	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 <u> </u> (注)有効期限確認	<u>筋肉内</u>	0.5ml	実施場所 直方市 感田 ○ー○ 医師名 病院 太郎 接 種 日: 令和 〇 年 4 月 1 日

ワクチンロット番号
シール添付
もしくは
手書きでの記入

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、
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
接種を希望します ・ 接種

直筆署名のみ有効
(全対象者記入)
※代筆者による記入の場合にも
被接種者の氏名を記入

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 〇 年 4 月 1 日

被接種者自署

直方 花子

代筆者による記載の場合は、代筆者氏名と続柄を記入
(代筆者は、ご家族又は被接種者の
日頃の状態を把握している人に限ります)

(続柄)
者自署、代筆者氏名、続柄を記入