

松本市 高齢者肺炎球菌予防接種 予診票

見本

〈有効期限：66歳の誕生日前日まで〉

太枠内をボールペンで強く記入してください。体温は医療機関で測定してください。

住所		松本市		診察前の体温	度	分
氏名				男・女		
生年月日	昭和	年	月	日生	(満	歳)
電話番号						

医療機関使用欄
(当てはまる番号に○印)

1 満60～64歳で心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能のいずれかで身体障害者手帳1級所持

2 生活保護受給中

※松本市から転出した場合は、この予診票は使えません

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について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いますか。	はい	いいえ	
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よいと言われましたか。	はい	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。	はい	いいえ	
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	
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	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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	
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。	はい	いいえ	
病名 ()	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	

医師記入欄	<p>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)</p> <p>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。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	--

使用ワクチン名 (シール貼付欄)	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 ニューモバックス®NP Lot No. <u>PCV20のロットシール</u> (注)有効期限が切れていないか要確認	筋肉内・皮下 0.5mL	実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日

高齢者肺炎球菌予防接種希望書 (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。

令和 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)