

神戸市 高齢者肺炎球菌 予防接種申込書及び予診票

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所には○をして詳細を記入し、自署欄に自筆で署名してください。

記入日 (平成 年 月 日)

診察前の体温

度 分

接種歴	23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の予防接種を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい		
	※すでに同じ肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を受けたことがある方は、定期接種対象外です。(任意接種をご希望の方は、かかりつけ医にご相談ください)		
住所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号 番 (— —)		
受ける人	フリガナ 氏名	男・女	大正 年 月 日生 昭和 (満 歳)
質問事項		回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける肺炎球菌予防接種について、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、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
2. 現在、何か病気にかかっていますか。 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、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
3. 免疫不全と診断されたことがありますか。		いいえ	はい
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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 () その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		いいえ	はい
9. 最近、1か月以内に熱がでたり病気にかかったりしましたか。 病名 ()		いいえ	はい
10. 今日の予防接種について質問がありますか。		いいえ	はい
【医師記入欄】接種を受ける本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応及び健康被害救済制度について説明しました。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。 医師署名又は記名押印			フリガナ Lot No. 接種量 ml
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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することを(**希望します ・ 希望しません**) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

平成 年 月 日 被接種者自署

【医師記入欄】※該当箇所には○印

皮下注射 ・ 筋肉注射

(※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、下記に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

代筆者氏名

続柄

対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易ではない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならないこと(定期接種実施要領)