

自費用

[高齢者肺炎球菌ワクチン] 予防接種予診票

(23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン)

本人署名 (被接種者)	氏名	生年 月日	明治 大昭和	年	月	日生 (満 歳)
	住所	性別		男・女		

質問事項	診察前の体温		度	分
	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、市の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。 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。 症状()	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ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()	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ヵ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	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい)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救済制度について説明をしました。	医師署名又は記名押印
-----------	--	------------

メーカー名・Lot No.	接種量	皮下注射・筋肉内注射の別 (該当する方に○)	接種年月日	実施場所・医師名
※有効期限が切れていないか要確認	0.5 ml	皮下・筋肉内	年 月 日	