

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種予診票

東温市

(市提出用)

※太線のワク内をボールペンで記入してください。

住所 東温市	電話 ()
フリガナ (カナ)	
予防接種を受ける人の氏名	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日生 (満 歳)

【医療機関記入】

本人確認書類等により、被接種者の住所・氏名・生年月日（年齢）を確認し、該当するものにチェック☑を付けてください。

<input type="checkbox"/> 医療保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証	<input type="checkbox"/> その他 ()	診察前の体温
			度 分

同時にインフルエンザ予防接種を接種しましたか。 はい いいえ

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実施場所
Lot No.	皮下接種 筋肉内接種	0.5ml 医師名 接種年月日

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか？	いいえ はい	
2 今日受ける肺炎球菌の予防接種について、東温市が発行した説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
3 現在、何か病気にかかっていますか。	いいえ はい (病名)	
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	
4 今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ はい	
具合の悪い症状を書いてください。	()	
5 特別な病気 (心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症・先天性異常) にかかったことがありますか。	いいえ はい	
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。	(病名) はい ・ いいえ	
6 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	いいえ はい	
7 ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。	いいえ はい	
8 1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	いいえ はい	
	(病名)	
9 これまでに受けた予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	いいえ はい	
10 1か月以内に予防接種をうけましたか。	いいえ はい：予防接種の種類	
	()	
11 今日の予防接種について何か質問がありますか。	いいえ はい	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は右記のとおり判断いたします。	可能 ・ 見合わせる【 月 日】
	本人に対して、予防接種の効果・目的・副反応及び健康被害救済制度について説明をした。	【医師の署名又は記名押印】

被接種者の記入欄	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、肺炎球菌ワクチンの接種を希望しますか。	希望する ・ 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、本予診票が東温市に提出されることに同意します。 ※自署できない場合は代筆者が記入し、代筆者名及び被接種者との続柄も記載してください。署名の代筆は本人の意思を確認の上、家族が行ってください。	【本人の署名】※自署できない場合は代筆者が記入 (代筆者名、続柄) 続柄 ()