

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種予診票兼実施報告書

今治市

下線の太線の枠内をボールペン・インクで記入または○をしてください。

※次の書類等により本人確認をお願いします。[マイナンバーカード・資格確認書・運転免許証・その他（ ）]

住 所		診察前 の体温	度 分
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 (満 歳)		

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. (注)有効期限が切れていないか要確認	シング リックス 筋肉内	乾燥弱毒性水痘 ワクチン 「ビケン」皮下	0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 【受けたことがある場合】 いつ、どのワクチンを接種しましたか。(平成・令和 年 月 日) □組換え(シングリックス) □生(ビケン) □その他 ※組換え使用で2回接種済の場合 2回目(平成・令和 年 月 日)	いいえ	はい	
2	今日接種するワクチンは、組換えワクチン(シングリックス)ですか。 生ワクチン(ビケン)ですか。 組換えワクチンの場合、何回目ですか。()回目	組換え (シングリ ックス)	生 (ビケン)	
3	今日受ける带状疱疹の予防接種について、3枚目の説明書を読み、効果や副 反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
4	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は、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ (いいえ) (はい)	はい (はい) (いいえ)	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	いいえ	はい	
6	1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	いいえ	はい	
7	心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全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は、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)	はい (いいえ)	
8	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	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	いいえ	はい	
10	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()接種月日(月 日)	いいえ	はい	
11	1か月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染 症にかかった方がいましたか。 病名()	いいえ	はい	
12	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。 理由() 投与日(月 日)	いいえ	はい	
13	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
14	今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

医師の記入欄	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する。 ※質問事項1で任意接種歴を確認した結果、右記のとおり判断する。	可能 見合わせる 月 日 定期接種対象・定期接種対象外
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び健康被害救済制度について 説明した。	【医師の署名又は記名押印】

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種希望書 (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)

上記のとおり予防接種を完了したことを報告します。