

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 () | | いいえ | はい |
| 治療(投薬など)を受けていますか。 | | いいえ | はい |
| 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。 | | はい | いいえ |
| 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 () | | いいえ | はい |
| 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。 | | はい | いいえ |
| 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。 | | | フリガナ |
| 医師署名又は記名押印 | | | 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)