

有効期限 年 月 日

定期接種

野木町高齢者(23価)肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

診察前の体温	度 分	住所	野木町	電話番号	
ふりがな		氏名		男	女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について町から配られている説明書を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。	はい	いいえ	
現在、野木町に住民登録がありますか。	はい	いいえ	
過去5年以内に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
過去に脾臓を摘出する手術等を行いましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名() 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よいといわれましたか。	はい	いいえ	
心臓、じん臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、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は、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に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	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
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及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

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・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で接種を(希望します ・ 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。このことを理解のうえ、本予診票が町に提出されることに同意します。

また、実施医療機関に肺炎球菌ワクチン予防接種の補助金請求及び受領に関することを委任します。

令和 年 月 日 本人自署

(※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)

ワクチンメーカー、ロット番号	皮下注射・ 筋肉内注射の別	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
メーカー名	皮下注射		実施場所
LotNo.	筋肉内注射	0.5ml	医師名 接種年月日 令和 年 月 日