

有効期限 年 月 日

任意接種用

带状疱疹予防接種予診票

令和 年 月 日記入

助成対象はどちらかのワクチン1人1度限りです。今回該当するものに○をつけてください。  
生ワクチン ・ [ 不活化ワクチン (1回目) ・ 不活化ワクチン (2回目) ]

診察前の  
体温

度 分

住 所	<input type="checkbox"/> 野木町に 住民票がある	野木町大字	TEL
ふりがな		男 女	生 年 月 日 日 生 歳
受ける人の氏名			

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ましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか はいの場合 具体的な症状 ( )	はい	いいえ	
現在何かの病気で医師にかかっていますか はいの場合 病名 ( )	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか はいの場合 病名 ( )	はい	いいえ	
1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人がいますか はいの場合 病名( )	いる	いない	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか はいの場合 予防接種名 ( )	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 ある場合 具体的な症状 ( )	ある	ない	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症悪性腫瘍その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 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いわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか はいの場合 ( ) °C	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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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人はいますか	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
女性の方へ 現在妊娠、及び妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 接種後2か月間は妊娠をさけることが必要です。	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、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明をしました。  
  
医師署名又は記名押印

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、医薬品副作用被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。  
  
本人署名  
※自署出来ない場合は家族等が署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載

使用ワクチン名	接種の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) (筋肉内接種)	0.5ml	実施場所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防的または重症の感染症の治療的などで注射されることがあり、この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。