

* 接種希望の方は、太枠内にご記入ください。

定期

带状疱疹予防接種（生ワクチン）予診票

				診 察 前 の 体 温	度	分
住 所	〒			TEL () -		
フ リ ガ ナ		男・女	生年 月日	西暦 年 月 日 生		
受 け る 人 の 氏 名				(満 歳)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
今日の带状疱疹の予防接種について市町村から配られている説明書は読みましたか。	はい	いいえ	
今日の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	
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は、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
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	
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	
これまでの予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類 ()	いいえ	はい	
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	
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	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近 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	
6 か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。	いいえ	はい	
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	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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 <u>医師署名又は記名押印</u>
-------	--

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	乾燥弱毒生水痘ワクチン		実施場所
Lot No.	「ビケン」	0.5m l	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	皮下注射		接種年月日

帯状疱疹予防接種希望書（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うえで、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)

本予診票は、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。

令和 年 月 日 被接種者自署

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)