

* 接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

帯状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）接種予診票

		診察前の体温		度		分	
回数	1回目（今回が初めて）		・		2回目（前回接種日）		年 月 日
住所	〒			TEL（ ）		-	
フリガナ			男・女	生年月日	西暦 年 月 日 生		(満 歳)
受ける人の氏名							

質問事項	回答		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい 病名、具体的な症状（ ）	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名（ ）	いいえ	
これまでに特別な病気（心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他）にかかり、医師の診察を受けていますか 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	はい 病名（ ） いいえ	いいえ はい	
けいれんを起こしたことがありますか	はい（ ）歳頃	いいえ	
その時、熱は出ましたか	はい		
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名（ ）	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 予防接種名（ ）	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲に麻しん、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	はい 病名（ ）	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名（ ） 接種日（ 月 日）	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がありますか	はい 予防接種名（ ）	いいえ	
（女性の方に）現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
現在、授乳をしていますか	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 具体的に（ ）	いいえ	

医師記入欄：以上の問診および診察の結果、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。 医師の署名又は記名捺印
本人（もしくは代理人）に対して予防接種の効果・副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。 本人または代理人の署名
(はい ・ いいえ) 代理人の場合：関係

使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥組換え帯状疱疹ワクチン （チャイニーズハムスター卵巣細胞由来） シングリックス筋注用 グラクソ・スミスクライン株式会社 製造番号：	筋肉内注射 0.5mL 左・右	実施場所： 医師名： 接種日時： 年 月 日 時 分

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。記載いただきました個人情報 は 予防接種に関する予診にのみ使用します。