

高齢者の带状疱疹予防接種予診票

今年度末での年齢を○で囲んでください 65歳 / 70歳 / 75歳 / 80歳 / 85歳 / 90歳 / 95歳 / 100歳		添付書類必須 60～64歳 ※接種日時点		診察前 の体温	度	分
住所	久留米市					
フリガナ		男	電話			
氏名		女	生年月日	年	月	日 (満 歳)
質問事項 () 内に数字、○印など記入してください				回答欄	医師記入欄	
1. 带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか ※(今回が2回目以降の場合)前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記入してください (注)ワクチンの種類は①シングリックス®(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン®」(生ワクチン)、 ③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください				はい ※ ① / ② / ③ 年 月 日	いいえ	
2. 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を読みましたか				いいえ	はい	
3. 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				いいえ	はい	
4. 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 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	
5. 免疫不全と診断されたことがありますか				はい	いいえ	
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()				はい	いいえ	
7. 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() その病気をみ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	
8. 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()				はい	いいえ	
9. 最近1か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	
10. 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 予防接種の種類()				はい	いいえ	
11. 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	
12. 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	
13. 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。				はい	いいえ	
14. 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 (見合わせる ・ 可能) 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、説明をした 医師署名又は記名押印					
ワクチンメーカー名、ロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・実施年月日			
メーカー名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス® 筋肉内注射 (右・左) 乾燥弱毒生水痘 ワクチン「ピケン®」 皮下注射	0.5 ml	実施場所 医師名 実施年月日	年	月	日
带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・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、接種を希望しますか (希望しません ・ 希望します) 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 年 月 日 被接種者氏名(自署) ※自署できない者は、代筆者が被接種者氏名を署名の上、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記入してください。 (代筆の場合：代筆者氏名 続柄)						
医療機関記入欄	有料 ・ 無料 (確認した書類について以下の1～6に○を記入してください。)					
1. 無料予防接種確認書(予診票に添付) 2. 介護保険料納付通知書(保険料段階1～3に限る) 3. 介護保険負担限度額認定証 4. 後期高齢者医療限度区分Ⅰ又はⅡ(オンライン確認含む) 5. 生活保護受給証明書(予診票に添付) 6. 支援給付証明書(予診票に添付)						