

印西市

【任意】带状疱疹予防接種予診票
(商品名:シングリックス筋注用・不活化ワクチン)

下の太枠内に接種される方の情報を記入してください。

受診日	年 月 日	診察前の体温	度 分
住所	印西市		
ふりがな		生年月日	和暦 年 月 日 (満 歳)
接種を受ける人の氏名	(男・女)	電話番号	() - ()
接種日時時点で印西市に住民登録がありますか ※「ない」場合、全額自己負担となります。		ない・ある	
今回の接種は何回目ですか ※今回の接種に「○」をつけてください	1回目接種		2回目接種
これまでの接種歴	(西暦) 年 月 日	※2回目の接種歴は、この用紙の最下段にある接種年月日に医師が記入します。	

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説明文(お知らせ)を読み、理解しましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に、近親者等で麻疹、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ等にかかった方はいますか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日 /	はい	いいえ	
これまでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、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	
けいれんをおこしたことがありますか ()歳頃	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がいますか	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がありますか 予防接種名() 症状()	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 ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。

見合わせた場合の理由()

本人(もしくは代理人)に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

带状疱疹予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応および「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。

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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

接種を受ける人の署名(自署できない方は代筆者が記入し代筆者氏名欄を記入)

代筆者氏名

続柄()

使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	筋肉内注射 0.5ml 左・右	実施場所:
Lot No		医師名:
有効期限 年 月 日		接種年月日: 年 月 日