

高齢者(23価)肺炎球菌ワクチン接種予診票

任意接種

肺

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください

住所		富士市	診察前の体温		度	分
氏名			電話番号			
生年月日		明治・大正・昭和	年	月	日生	(満 歳)

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種を受けた日から5年以上経過していますか。	はい	いいえ	
2	現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
3	免疫不全と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
4	これまでに脾臓(ひぞう)の摘出手術を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
5	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	
6	最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
7	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。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
9	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	
10	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	いいえ	
11	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	<p>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) 予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度、代理受領について説明をしました。</p> <p style="text-align: center;">_____ 医師署名又は記名押印</p>
------------	---

使用ワクチン、ロット番号	接種経路・接種量	実施場所、医師名、接種年月日
ニューモボックス®NP Lot No.	筋肉内・皮下 (接種量0.5ml)	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

肺炎球菌予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断されたあとに記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法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。(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

※今回の肺炎球菌ワクチン接種は、任意接種になることを承知の上で接種します。

また代理受領の権利を接種医療機関に委任します。この予診票が市へ提出されることに同意します。

平成 年 月 日 ①被接種者自署

意思確認はできるが、自署できない人は、代筆者が
 ①②③の3つすべてを記入をすること。

②代筆者氏名

③続柄()