

↓接種番号

↓予防接種名を記載すること

(80) (高齢者肺炎球菌) 予防接種予診票 **不応用**

自己負担区分((1)一般・(2)非課税世帯・(3)生活保護受給世帯(証明書添付必要))のいずれかに○をつける。

| | | | | |
|--------------------------|---------|----------------|--------|------|
| 発行医療機関 対象者にお渡ししてください。 | 発行日 | 年 月 日 | 発行医療機関 | 不応理由 |
| | 受ける人の氏名 | 男・女 | 健康番号 | 生年月日 |
| | | 年 月 日 (満 歳 か月) | | |

予防接種の説明を必ず読み、太枠内の必要事項を記入してください。

| | |
|-----|------------------------------|
| 住 所 | ※接種日において姫路市に住民票のある方のみ接種できます。 |
|-----|------------------------------|

| 質 問 事 項 | 診察前の体温 | | 医師記入欄 |
|---|--------|-----|-------|
| | 度 | 分 | |
| 今日受ける肺炎球菌ワクチン予防接種について、姫路市から配られている説明書を読みましたか | は い | いいえ | |
| 今日受ける肺炎球菌ワクチン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 | は い | いいえ | |
| 病名 () | | | |
| 治療(投薬など)を受けていますか | は い | いいえ | |
| 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 | いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか | は い | いいえ | |
| 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 | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか | は い | いいえ | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか | は い | いいえ | |
| 予防接種の種類 () | | | |
| 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 | は い | いいえ | |
| 病名 () | | | |
| 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 | |
| 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 | は い | いいえ | |
| 病 名 () | | | |
| 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 | <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)</p> <p>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。</p> <p>医師署名又は記名押印</p> |
|-------|---|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|-----------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Lot No. | ・皮下接種 } いずれかに ・筋肉接種 } ○をつける ml | 実施場所 医師名 接種年月日 20 年 月 日 |

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種希望書(医師の診察の結果を聞か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上で、接種を希望しますか。 | 接種を (希望します ・ 希望しません) どちらかを○で囲んでください。 |
| 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、本予診票が姫路市に提出されることに同意します。 | 年 月 日 |
| ※本人が署名困難な場合、家族又はかかりつけ医の協力により本人の意思確認が取れる場合のみ代筆することが可能です。 | 本人署名 |
| | 代筆者 署名 続柄 |