

【秋田市提出用】

度 分

带状疱疹ワクチン予防接種希望書（※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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を（ 希望します ・ 希望しません ）※（ ）の中のどちらかを○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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。また、接種区分の確認のため、市が必要と認めるときは課税情報について調査を行うことに同意します。

被接種者自署

年 月 日

代筆者名 （続柄）

（※自署できない者は、代筆者が署名し、代筆者名および被接種者との続柄を記載）

【医療機関保管用】

度 分

接 種 区 分	☐ 非課税者 【確認書類】 ☐ 所得・課税証明書（取得日： 年 月 日） ☐ 介護保険料額決定(変更)通知書（所得段階区分： ☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階） ☐ 介護保険負担限度額認定証（被保険者番号： ） ☐ 実費徴収免除者（ケース番号： ）		
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生（満 歳）	☐ 60～64歳
	フ リ ガ ナ 氏 名	男 ・ 女	電話番号
	住 所	秋田市	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日の带状疱疹の予防接種についてお知らせを読みましたか。	は い	いいえ	
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。	は い	いいえ	
今日の接種は何回目ですか。	1 回目	2 回目	
（2 回目の場合）前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 （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。	①／②／③ 年 月 日		
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）	は い	いいえ	
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。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	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	
带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	は い	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	は い	いいえ	
②带状疱疹以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	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。 予防接種の種類（ ）	は い	いいえ	
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（ ）	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言われましたか。	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。 病名（ ）	は い	いいえ	
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	
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	以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 _____ 医師署名又は記名押印
-------	--

使用ワクチン名	接種方法・接種量		接種部位	実施場所・接種医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シンクリックス (筋肉内注射)	乾燥弱毒生水痘ワクチン 「ピクセン」 皮下注射	右上腕	実施場所 接種医師名		
	0.5ml		左上腕	接種年月日	年	月 日

接種医師名 _____ 印 _____