

带状疱疹 予防接種予診票

住 所	猪苗代町 字		
受ける人の氏名		診察前の体温	度 分
生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日生（満 歳）	性別 男・女

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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	
(今回の接種が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1)ワクチンの種類は①シングリックス(組み換えワクチン)、②乾燥弱毒性水痘ワクチン「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		
今日の带状疱疹の予防接種について猪苗代町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	
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も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	
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 ※はいの場合 予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
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	
1 ヶ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 ヶ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 ヶ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	

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。）
私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や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。
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。
令和 年 月 日 本人自署
代筆者名 続柄
※（自署できない場合は、代筆者名・続柄記載）

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（可能・見合わせる） 医師署名又は記名押印
-------	-----------------------------------------------

ワクチンロット番号	接 種 方 法		接種量	接 種 医 師 名 等
ワクチン名 Lot No. 最終有効期限 年 月 日	シングリックス 筋肉内接種	乾燥弱毒性水痘 ワクチン「ピケン」 皮下注射	0.5 ml	医療機関名 接種医師名 接種年月日 令和 年 月 日