

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種予診票

*医療機関 記入欄 該当の□ にチェック	① 次の本人確認書類で住所・氏名・年齢(65歳であること)等を確認しましたか。 □接種記録カード □健康保険証 □介護保険証 □運転免許証 □マイナンバーカード □その他()
	② 同時にインフルエンザ予防接種を接種しましたか。 □はい □いいえ

◎接種を希望する方は、太線の枠内を記入してください。

住 所	松前町大字	診察前の体温	度 分
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	電話 () -
生 年 月 日	昭和 年 月 日生	(満 歳)	※65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか？	いいえ	はい	
2	今日受ける肺炎球菌の予防接種について、町が作成した説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3	現在、何か病気にかかっていますか。	いいえ	はい 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もよいと言われましたか。		はい・いいえ	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
	具合の悪い症状を書いてください。		()	
5	特別な病気(心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患・免疫不全症・先天性異常)にかかったことがありますか。	いいえ	はい (病名)	
	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	
6	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	いいえ	はい	
7	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	いいえ	はい	
8	1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	いいえ	はい (病名)	
9	これまでに受けた予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
10	1か月以内に予防接種をうけましたか。	いいえ	はい:予防接種の種類 ()	
11	脾臓を摘出したことはありますか？	いいえ	はい	
12	今日の予防接種について何か質問がありますか。	いいえ	はい	

医師の記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は右記のとおり判断いたします。	可 能 ・ 見 合 せ る 【 月 日 】
	本人に対して、予防接種の効果・目的・副反応及び健康被害救済制度について説明をした。	【医師の署名又は記名押印】
被接種者の記入欄	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うえで、肺炎球菌ワクチンの接種を希望しますか。	希望する・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、本予診票が市町に提出されることに同意します。 ※自署できない方は代筆者が記入し、代筆者名及び被接種者との続柄も記入してください。署名の代筆は本人の意思を確認の上、家族が行ってください。	【本人の署名】※自署できない場合は代筆者が記入 (代筆者名、続柄)

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実施場所
Lot No.	(皮下接種) (筋肉内接種) 0.5 ml	医師名 接種年月日 年 月 日

→ ※皮下接種・筋肉内接種の別を、丸印でご記入ください。