

市提出用

《松戸市》帯状疱疹 任意予防接種 予診票

対象者：松戸市に住民登録がある、満50歳以上の者

| | | | | |
|-------------------|---------------|-------------------------------|-------|-----|
| 回数 (ワクチン・回数に○) | ・ビケン(生) | 1回目(今回が初めて) | | |
| | ・シングリックス(不活化) | 1回目(今回が初めて)・2回目(前回接種日: 年 月 日) | | |
| 住所 | 松戸市 | | | |
| フリガナ | | 男女 | 電話番号 | |
| 氏名 | | | | |
| 生年月日 | 大正 昭和 | 年 月 日 (満 歳) | 本日の体温 | 度 分 |

| | | |
|---|--------|----|
| 今日、松戸市に住民登録がありますか | いいえ | はい |
| 助成が受けられるのは、ビケン(生ワクチン)またはシングリックス(不活化ワクチン)のどちらか一方です。助成回数以上の接種が発覚した場合は、全額実費を徴収します。 | 了解しました | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-----|-----|-------|
| 今日の予防接種について説明書を読み、効果や副反応について理解しましたか | いいえ | はい | |
| 現在、何か病気にかかって医師の治療を受けていますか 病名() | はい | いいえ | |
| 心臓病・腎臓病・肝臓病や血液、免疫不全、けいれんの病気などにかかったことがありますか 病名() | 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 | いいえ | はい | |
| 1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名() | 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 | |
| 薬や食べ物で発疹やじんましんなど、具合が悪くなったことがありますか ()歳頃 薬品・食品名()症状() | はい | いいえ | |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:) | はい | いいえ | |
| 今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか | はい | いいえ | |
| (女性の方)現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか | はい | いいえ | |
| 現在、授乳をしていますか | 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 | |

医師の記入欄

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は | <input type="checkbox"/> 実施できる | <input type="checkbox"/> 見合わせる |
| 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、説明をしました。 | 【医師署名: _____】 ※又は記名押印、ゴム印の場合は押印ください。 | |

被接種者の記入欄 ※どちらかに○を記入してください

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、接種に対する有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、予防接種を → | <input type="radio"/> 希望する | <input type="radio"/> 希望しない |
| 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。 ※右の欄へ原則自署、自署できない場合は、代筆者氏名及び受ける方との続柄を記載してください。 | 【被接種者(または代筆者)自署】 _____ (続柄) | |

| | | | |
|------------|---------------------|-------------|-------------|
| ワクチン名 | 用法・用量 | 接種(見合わせ)年月日 | 実施医療機関名・医師名 |
| Lot. No. | ビケン(皮下接種)0.5ml | 年 月 日 | 医療機関名: |
| 有効期限 年 月 日 | シングリックス(筋肉内接種)0.5ml | | 医師名: |

切り取り

| | | | |
|-----------------------------|-------------|---------|-----------------|
| 松戸市 帯状疱疹 予防接種済証 | | | |
| 紛失しないよう、健康保険証等と一緒に保管してください。 | | | |
| 氏名 _____ | 接種年月日 _____ | 年 _____ | 月 _____ 日 _____ |
| 製薬会社名 _____ | 医療機関名 _____ | | |
| Lot No. _____ | 接種医師名 _____ | | |