

# 神戸市 高齢者肺炎球菌 予防接種申込書及び予診票

この予診票は、大切なものです。あてはまる箇所に○をして詳細を記入し、自署欄に自筆で署名してください。

記入日 (平成 年 月 日)

診察前の体温	度	分
--------	---	---

接種歴	23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の予防接種を受けたことがありますか。 <b>いいえ・はい</b>
	※すでに同じ肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を受けたことがある方は、定期接種対象外です。(任意接種をご希望の方は、かかりつけ医にご相談ください)

住所	神戸市 区 町・通 丁目 番 号
	番 ( — — )

受ける人	フリガナ	男・女	大正	年 月 日生
	氏名		昭和 (満 歳)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける肺炎球菌予防接種について、ワクチンに関する説明のリーフレットを読み、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	
2. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ( )	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医に、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	
3. 免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
4. 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。( )	いいえ	はい	
5. 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。	いいえ	はい	
6. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
7. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	いいえ	はい	
8. 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 ( )	いいえ	はい	
その病気の主治医に、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	
9. 最近、1か月以内に熱がでたり病気にかかったりしましたか。 病名 ( )	いいえ	はい	
10. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

【医師記入欄】接種を受ける本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応及び健康被害救済制度について説明しました。問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)と判断します。  医師署名又は記名押印	ワケカキ名
	Lot No.
	接種量 ml

実施場所	医師名	接種年月日	年 月 日
------	-----	-------	-------

## 高齢者肺炎球菌予防接種希望書

(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うえで、接種することを( **希望します・希望しません** ) ※かつこの中のどちらかを○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、本予診票が神戸市に提出されることに同意します。

【医師記入欄】※該当箇所に○印  
皮下注射 ・ 筋肉注射

平成 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が被接種者名を署名し、下に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

代筆者氏名

続柄

対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易ではない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に対象者の意思を確認できない場合は、接種してはならないこと(定期接種実施要領)