

水痘ワクチン【生ワクチン】 帯状疱疹ワクチン（1回目・2回目）【不活化ワクチン】

※接種するワクチンに☑印と接種回数に○印を記入してください。

診察前の体温 度 分

○太わく内は被接種者が記入してください。

○この票は医療機関が市町村に料金を請求する際に請求書に添付してください。

住所	滝沢市	電話番号	— — ※日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。				
ふりがな		男・女	生年月日	大正	年	月	日生
氏名			年月日	昭和		(満)	歳)

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
2	今日の帯状疱疹予防のための水痘ワクチンまたは帯状疱疹ワクチンの予防接種は何回目ですか 今回が2回目の場合、前回接種したワクチンの種類と接種年月日 (生ワクチン・不活化ワクチン 年 月 日)	初回	2回目	
3	今日の帯状疱疹の予防接種について説明書を読みましたか	はい	いいえ	
4	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	
5	現在、何か病気にかかっていますか 病名() 治療(投薬など)を受けていますか 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	
6	免疫不全と診断されたことがありますか	いいえ	はい	
7	近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	いいえ	はい	
8	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	
9	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 薬・食品名()	いいえ	はい	
10	これ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 予防接種名()	いいえ	はい	
11	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	
12	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	いいえ	はい	
13	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() 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	いいえ	はい	
14	最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()	いいえ	はい	
15	最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	いいえ	はい	
16	今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

医師の記入欄
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)。
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

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名	ml	実施場所	
ロット番号	接種方法	医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認	<input type="checkbox"/> 皮下接種 <input type="checkbox"/> 筋肉内接種	接種年月日	年 月 日

高齢者用帯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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します・接種を希望しません)
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、本予診票が滝沢市に提出されることに同意します。
年 月 日 被接種者自署
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(代筆者氏名: 被接種者との続柄:)

(A片:接種を受けた人の控)・・・大切に保管してください。

高齢者の帯状疱疹ワクチン予防接種済票

氏名				
生年月日	大正	年	月	日生
	昭和		(満)	歳)

予防接種を行った日	年	月	日
医療機関	滝沢市長		
接種医師	印		

水痘ワクチン【生ワクチン】 带状疱疹ワクチン（1回目・2回目）【不活化ワクチン】

※接種するワクチンに☑印と接種回数に○印を記入してください。

診察前の体温 度 分

○太わく内は被接種者が記入してください。

○この票は医療機関が保存してください。

住 所	滝沢市	電話番号	— — ※日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。			
ふりがな		男・女	生年 月 日	大正 昭和	年	月 日 (満 生 歳)
氏 名						

質 問 事 項		回 答 欄		医 師 記 入 欄
1	带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
2	今日の带状疱疹予防のための水痘ワクチンまたは带状疱疹ワクチンの予防接種は何回目ですか 今回は2回目の場合、前回接種したワクチンの種類と接種年月日 (生ワクチン・不活化ワクチン 年 月 日)	初 回	2 回目	
3	今日の带状疱疹の予防接種について説明書を読みましたか	はい	いいえ	
4	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	
5	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	免疫不全と診断されたことがありますか	いいえ	はい	
7	近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	いいえ	はい	
8	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	
9	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 薬・食品名 ()	いいえ	はい	
10	これ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 予防接種名 ()	いいえ	はい	
11	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	
12	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	いいえ	はい	
13	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	
14	最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	いいえ	はい	
15	最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	いいえ	はい	
16	今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

医師の記入欄
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)。
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

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	ml	実施場所
ロット番号	接種方法	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	<input type="checkbox"/> 皮下接種 <input type="checkbox"/> 筋肉内接種	接種年月日 年 月 日

高齢者用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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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、本予診票が滝沢市に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)
(代筆者氏名： 被接種者との続柄：)