

帯状疱疹ワクチン予防接種予診票

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。

※該当する課税状況に✓を記入願います。
※非課税世帯の方は裏面の記入があります。

課税世帯 生活保護 非課税世帯

診察前の体温

度 分

住所	電話番号	— — ※日中に連絡が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	今までに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(2回)の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
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について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
3	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	
4	現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
	病名()			
	治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
5	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	
	今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
6	具合の悪い症状を書いてください。()			
	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ	
7	病名()			
	1か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい	いいえ	
8	1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
	予防接種名()			
9	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	
10	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
	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もよいと言われましたか。	はい	いいえ	
11	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	
12	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	
13	近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
14	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
16	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

生ワクチンを接種する場合、以下の事項に当てはまる場合は接種できません。該当する場合は☑を入れてください。

先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できません。

例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他の疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる。

薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください。

副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤): プレドニゾロン等
免疫抑制剤: シクロスポリン(サンディムン)、タクロリムス(プロGRAF)、アザチオプリン(イムラン)等
その他免疫抑制作用のある薬剤: 抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

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(もしくは代理人)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品

医師署名又は記名押印

機器総合機構法に基づく救済について説明しました。

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	生ワクチン(皮下注射) 0.5ml 不活化(筋肉内注射) 0.5ml	実施場所・医師名・接種年月日
ロット番号		医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日

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、本予診票が市町村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:)