

高齢者肺炎球菌感染症 予防接種予診票

○ 太 わ く 内 は 被 接 種 者 が 記 入 し て く だ さ い 。 ○ 太 わ く は 以 医 外 機 関 市 関 町 で 村 記 に 入 料 願 金 い を ま 請 求 す る 際 に 請 求 書 に 添 付 し て く だ さ い 。	住 所		宮古市		電話番号		診察前の体温		度 分		
	ふりがな				男	生 年	明治		—		
	氏 名				・ 女	月 日	大正		年	月	日生
							昭和		(満)		歳)
	質 問 事 項								回 答 棚		医 師 記 入 棚
	1	肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか							いいえ	はい	
	2	今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている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 病名()							いいえ	はい	
	5	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	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		
8	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りすることがありますか 薬・食品名()							いいえ	はい		
9	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったりすることがありますか 予防接種名()							いいえ	はい		
10	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか(年 月 日)							いいえ	はい		
11	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		
12	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		
13	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		
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()											
今日の予防接種について質問がありますか											

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 ・ 見合せ)。

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	0.5ml	実施場所 医師名				
ロット番号	接種方法					
(注) 有効期限が切れていないか要確認	□皮下接種 □筋肉内接種		接種年月日	年	月	日

高齢者肺炎球菌感染症予防接種希望書 (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 :)

※下記対象の方に8,000円を限度として助成します。

対象1 生活保護世帯の方

- 接種当日に医療機関窓口で、休日・夜間受診手帳を提示してください。

対象2 市民税非課税世帯(世帯員全員)の方

- 接種当日に医療機関窓口で、世帯員全員(学生を除く)の「令和7年度の課税証明書」を提示してください。

※「令和7年度の課税証明書」は、市税務課・総合窓口課・総合事務所・出張所で発行しています。令和7年度の証明書は6月上旬に発行されます。4~5月に接種される場合は、「令和6年度の課税証明書」を提出してください。

○有料1件につき300円 ○持ち物:身分証明書

- 下記「免除申請書」に世帯員全員の氏名・生年月日をご記入ください。

免 除 申 請 書

氏 名	生 年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

※健康課では、予防接種台帳に接種を記録する際に、世帯員の確認をいたします。