（別紙1）

霧島市　高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

住所	霧島市	男 女	生年月日	昭和　　年　　月　　日 （満　　歳　　か月）
ふりがな 受ける人の氏名				

質　問　事　項			医師記入欄
ご自宅の電話番号をご記入ください。　電話番号（　　－　　－　　）			
診察前の体温は何度ですか。	度　　分		
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。 （過去に一度でも受けたことがある場合、副反応が心配のため、今回受けることができません。）	はい	いいえ	
今日受ける肺炎球菌ﾜｸﾁﾝ予防接種について市から配られている説明書を読みましか。	いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
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よいと言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、からだ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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
肺炎球菌ワクチン以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
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（　　） その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり病気にかかりましたか。 病名（　　月　　日　～　　月　　日頃　治った・治療中）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

被接種者記入欄

上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、接種に同意しますか　（　同意します　・　同意しません　）

年　　月　　日　　本人のサイン（フルネーム）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊接種希望者が自署できない場合代筆者が被接種者名を署名し、代筆者署名と接種希望者との続柄を記載

代筆者（　　）続柄（　　）

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　　）と判断します

本人に対して、予防接種の効果、目的、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

医師の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種別・接種量	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名 Lot No.	筋肉内接種 皮下接種 0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日