帯状疱疹ワクチン予防接種 予診票 （任意接種用）

のぐち内科クリニック
TEL 03-3926-0007

区から届いた予診票（**定期接種**）をお持ちの方は、そちらをご持参ください。この用紙は不要です。
医師記入欄・クリニック記入欄以外をご記入のうえ、当日お持ちください。「はい」「いいえ」はどちらかに○をつけてください。

診察前の体温	度　　分 （来院時に測定）		
住所	〒　　ー		
フリガナ **氏名**		**性別**	男　・　女
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日（満　　歳）	**電話**	

希望するワクチン：☐ 不活化ワクチン（シングリックス・2回接種）　☐ 生ワクチン（ビケン・1回接種）　☐ 医師と相談して決めたい
今回の接種：☐ 1回目　☐ 2回目（1回目の接種日　　年　　月　　日）

	質　問　事　項	回答	医師記入欄
1	今日受ける予防接種について、説明（効果・副反応など）を読みましたか	はい・いいえ	
2	現在、何かの病気で治療（通院・投薬など）を受けていますか 病名・薬名（　　）	はい・いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 症状（　　）	はい・いいえ	
4	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 病名（　　）	はい・いいえ	
5	心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、がん、免疫の病気などと診断されたことがありますか 病名（　　）	はい・いいえ	
	「はい」の方：その病気の主治医から、今日の接種を受けてよいと言われていますか	はい・いいえ	
6	免疫を抑える治療（ステロイド・免疫抑制剤・抗がん剤・生物学的製剤など）を受けていますか 薬名（　　）	はい・いいえ	
7	これまでに帯状疱疹ワクチンを接種したことがありますか ☐ 生ワクチン　☐ 不活化ワクチン　接種日（　　年　　月頃）	はい・いいえ	
8	帯状疱疹にかかったことがありますか 時期（　　年　　月頃）	はい・いいえ	
9	（生ワクチン希望の方）最近3か月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい・いいえ	
10	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	
11	薬や食品で、じんましん・発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名（　　）	はい・いいえ	
12	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 ワクチン名・症状（　　）	はい・いいえ	
13	最近1か月以内に、ほかの予防接種を受けましたか ワクチン名（　　） 接種日（　　月　　日）	はい・いいえ	
14	血液をサラサラにする薬を飲んでいる、または血が止まりにくい病気がありますか	はい・いいえ	
15	（女性の方）現在妊娠している、またはその可能性がありますか／授乳中ですか	はい・いいえ	
16	今日の予防接種について、医師に質問したいことがありますか	はい・いいえ	

※ 生ワクチンは、免疫を抑える治療中の方・妊娠中の方は接種できません。

医師記入欄　以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（　実施できる　・　見合わせる　） 本人（保護者）に対して、予防接種の効果・副反応および健康被害救済制度について説明しました。	医師署名

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重い副反応が起こる可能性などについて理解したうえで、
接種を（　**希望します**　・　**希望しません**　）　※どちらかに○をつけてください

記入日 年　　月　　日	**本人署名**	代筆者・保護者署名（続柄　　） 本人が署名できない場合

以下はクリニック記入欄

ワクチン名	Lot No.	接種量	接種部位・方法	接種日時	実施医師
		mL	右・左　皮下・筋肉内	年　月　日　：　：	