

带状疱疹予防接種予診票

住 所	浅口市	診察前の体温	度 分
		電 話 番 号	
(フリガナ) 氏 名	()		男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		
年 齢 区 分	1. 今年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方 2. 60～64歳で、内部疾患での障がいのある方		

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
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	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」(生ワクチン)、③その他のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③ 年 月 日	
今日の带状疱疹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	
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	
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 い い え は い い い え は い	
免疫不全と診断されたことがありますか。	い い え は い	
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	
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。	い い え は い	
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。 予防接種の種類()	い い え は い	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	い い え は い	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	い い え は い	
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	
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()	い い え は い	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	い い え は い	
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、説明しました。 医師署名又は記名押印
-------	--

使 用 ワ ク チ ン 名	接 種 方 法	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	シングリックス 筋肉内注射	乾燥弱毒生水痘ワクチン「ピケン」 皮下注射	0.5ml 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日

带状疱疹予防接種希望書 (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。

令和 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)

※この予診票は診療録にかわるものです。大切に扱ってください。

(浅 口 市)

令和8年4月作成