

(注意)①接種日に満65歳の方、または満60～64歳の方で特定の障害のある方<sup>(※)</sup>が対象です。  
 ②過去に定期・任意関わらず、接種を受けたことのある方は対象外です。

# 高齢者肺炎球菌予防接種 予診票

特記事項  
 (左下にも☑)  
生 身

太枠の中に消えないボールペンで記入またはチェック☑を入れてください

| ふりがな   |      | 性別   | 生年月日              |       |   |       |
|--|------|--|-------------------|-------|---|-------|
| 氏名   |      | <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女 | 昭和                | 年     | 月 | 日(満歳) |
|  |      |  | <b>※満65歳の方が対象</b> |       |   |       |
| 住所   | 和歌山市 | (電話番号: )   | 診察前の体温            |       |   |       |
|  |      |  |                   |       | 度 | 分     |
| 質問事項   |      |  | 回答欄               | 医師記入欄 |   |       |
| 接種当日に、和歌山市に住民登録がありますか。<br>(注)「いいえ」の方はこの予診票を使用できません。                |      |  | いいえ・はい            |       |   |       |
| 高齢者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。<br>(注)「はい」の方はこの予診票を使用できません。助成の対象外です。 |      |  | はい・いいえ            |       |   |       |
| 予防接種の説明書を読み、効果や副反応について理解しましたか。                                     |      |  | いいえ・はい            |       |   |       |
| 現在、治療中の病気はありますか。<br>病名・治療状況( )                                     |      |  | はい・いいえ            |       |   |       |
| 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・いいえ            |       |   |       |
| 今日、具合の悪いところはありますか。<br>自覚症状( )                                      |      |  | はい・いいえ            |       |   |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか。(種類 )  |      |  | はい・いいえ            |       |   |       |
| 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            |       |   |       |
| 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( )                         |      |  | はい・いいえ            |       |   |       |
| その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいと言われましたか。                                |      |  | いいえ・はい            |       |   |       |
| 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            |       |   |       |
| 食べ物や薬で、皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。                        |      |  | はい・いいえ            |       |   |       |
| 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<br>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は | <input type="checkbox"/> 可能 | <input type="checkbox"/> 見合わせる | 本人に予防接種の効果・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。<br><b>医師署名または記名押印</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|

| 高齢者肺炎球菌予防接種希望書(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、予防接種の効果や重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 | <input type="checkbox"/> 希望します | <input type="checkbox"/> 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。<br>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。<br>※自署できない方は代筆者が <b>被接種者署名</b> 署名し、代筆者の氏名及び被接種者との続柄を記載 代筆者氏名( )続柄( ) |

| 使用ワクチン製造元  | Lot. No | 接種方法・量   | 接種場所・接種医師名 | 接種年月日    |
|--|---------|--|------------|----------|
| MSD<br><input type="checkbox"/> 有効期限が切れていないことを確認 |         | 0.5ml<br><input type="checkbox"/> 皮下<br><input type="checkbox"/> 筋肉内 |            | 令和 年 月 日 |
|  |         |  |            | 医療機関番号   |

下記に該当する場合は☑を記入(右上の特記事項にも☑)

生活保護受給者・中国残留邦人等支援受給者

満60～65歳未満の者で、右記部位の障害で、身体障害者手帳1級所持者又は同等と判断された者(※)

| 障害部位(該当部位に☑を記入)             |                             |                              |                               |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 腎臓 | <input type="checkbox"/> 呼吸器 | <input type="checkbox"/> 免疫機能 |

和歌山市(広域用)