様式第十一

帯状疱疹予防接種予診票

〒

様

帯状疱疹予防接種通知書

接種年月日	令和　　年　　月　　日	体温	度　　分
氏　　名	(フリガナ)		
住　　所	〒		
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日 （満　　歳）	性　別	□男　□女
電話番号	（　　）　　－		

質　　問　　事　　項	回　答　欄		医師記入欄
帯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「ビケン」（生ワクチン）、③その他**　のうち、いずれか一つを〇で囲んでください。	① / ② / ③		
	年　月　日		
今日の帯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（　　）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
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	
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はありますか。 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	

医師の記入欄　　**医師署名又は記名押印**

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、説明した。

ワクチンロット番号	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「ビケン」 皮下注射	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日

帯状疱疹予防接種希望書　　（医療の診察の結果、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）