

# 任意 带状疱疹予防接種予診票

(区請求用)

区名 足立区

## 見本

生ワクチン 助成額 5,000円  
不活化ワクチン 助成額 10,000円

電話 ( )

足立区内の指定医療機関でのみ使用できます。

今回の接種に「○」をつけてください 2回目接種の場合は前回の接種年月日をご記入ください	1回目接種 ビケン(生)・シングリックス(不活化)	2回目接種 シングリックス(不活化)のみ
	(西暦) 年 月 日	

(注)体温は医療機関ではかります。※印は医師の記入欄です。

下の太枠内の質問項目に必要な事項を記入し、回答欄のどちらかに○をつけてください。

質問事項	回答欄		※医師記入欄
1 带状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 ※シングリックス(不活化)を選択した方で、2回目までの接種を完了していない方はいいえに○をつけてください。	はい	いいえ	
2 今日受ける予防接種について、区からの説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
3 今日予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
4 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。( )	はい	いいえ	
5 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	
6 1か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名( )	はい	いいえ	
7 今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、 その他の病気にかかり、医師の診察を受けたことはありますか。 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いわれましたか。	はい	いいえ	
8 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名( ) 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いわれましたか。	はい	いいえ	
9 ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。(ビケン接種の方のみ)	はい	いいえ	
10 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
11 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	
12 薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
13 1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名( ) 接種日 / ( )	はい	いいえ	
14 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。 予防接種名( )	はい	いいえ	
15 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
16 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。(ビケン接種の方のみ)	はい	いいえ	
17 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※ビケン接種の場合は、医師が下記2項目の確認・チェックをしたうえで接種をしてください。  
 先天性及び後天性免疫不全状態ではないことを確認しました。  
 例：急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全等  
 免疫抑制をきたす治療を受けていないことを確認しました。  
 副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤)：プレドニゾン等、免疫抑制剤：シクロスポリン(ネオオーラル、サンディミュン)、タクロリムス(プログラフ)、アザチオプリン(イムラン)等、その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。  
 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、説明をしました。  
 【接種間隔が2か月未満で接種を行う場合】疾病又は治療により免疫不全である者、免疫機能が低下した者又は免疫機能が低下する可能性がある者等と考えられるため、1回目接種を1か月後から実施します。  
 医師署名又は記名押印

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について理解した上で、接種を希望しますか。  
 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。(接種を希望します・接種を希望しません)  
 このことを理解の上、本予防接種記録票兼予診票が区に提出されることに同意します。  
 (西暦) 年 月 日 被接種者署名  
 代筆者氏名 続柄  
 (自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン	接種量 0.5ml	実施場所・接種医師名・接種年月日
<input type="checkbox"/> ビケン(皮下のみ) <input type="checkbox"/> シングリックス(筋肉内のみ) Lot No.	接種方法	実施機関名・住所・電話番号
	皮下(ビケンのみ) 筋肉内(シングリックスのみ)	接種医師名
	接種部位	
(注)有効期限が切れていないか要確認	左・右	接種年月日 (西暦) 年 月 日

足立区内指定医療機関のみ

※(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。  
 この注射を3～6か月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

☆この予診票は、足立区に住民登録がなくなった場合や有効期限を過ぎた場合、使用できません。