

*接種希望の方は、太枠内にご記入ください。

带状疱疹ワクチン(シングリックス筋注用)接種予診票

		診察前の体温	度	分
回数	1回目(今回が初めて)	2回目(前回接種日: 年 月 日)		
住所	〒		TEL () -	
フリガナ		男・女	生年月日	西暦 年 月 日生
受ける人の氏名			(満 歳)	

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい 病名、具体的な症状()	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名()	いいえ
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診察を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい 病名() いいえ	いいえ はい
けいれんを起こしたことがありますか その時、熱は出ましたか	はい()歳頃 はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名()	いいえ
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい 予防接種名()	いいえ
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名()	いいえ
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名() 接種日(月 日)	いいえ
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	はい 予防接種名()	いいえ
(女性の方に)現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか 現在、授乳をしていますか	はい はい	いいえ いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい 具体的に()	いいえ

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・見合わせた方がよい)と判断します。 医師の署名又は記名捺印
 本人(もしくは代理人)に対して予防接種の効果・副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および「医薬品副作用被害救済制度」に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。 本人または代理人の署名
 (はい ・ いいえ) 代理人の場合：関係

使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥組換え带状疱疹ワクチン (チャイニーズハムスター卵巣細胞由来) シングリックス筋注用 グラクソ・スミスクライン株式会社 製造番号:	筋肉内注射 0.5mL 左・右	実施場所: 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分

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。記載いただきました個人情報は予防接種に関する予診にのみ使用します。