

\*接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

帯状疱疹ワクチン(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<br>病名、具体的な症状( ) | いいえ        |       |
| 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか                                                                         | はい<br>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<br>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<br>病名( )<br>いいえ | いいえ<br>はい  |       |
| けいれんを起こしたことがありますか<br>その時、熱は出ましたか                                                           | はい( )歳頃<br>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<br>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<br>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ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、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<br>病名( )        | 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<br>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<br>現在、授乳をしていますか                                             | はい<br>はい           | いいえ<br>いいえ |       |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                                                        | はい<br>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。<br>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。 | 医師の署名又は記名捺印 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

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