

\*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ヵ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 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 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： <b>医療法人社団昌広会 武石医院</b> 〒114-0023 東京都北区滝野川5-38-1-101 医師名： <b>武石 昌則</b> 接種日時： <b>TEL 03-3940-5533 FAX 03-3940-6454</b>

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。