

高年齢者帯状疱疹ワクチン定期予防接種予診票

太枠の中を記入してください。記入する前に「高年齢者帯状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ（説明書）」をよくお読みください。
 ※原発避難者特例法対象者については、避難前の住所をご記入ください。

原発避難者特例 ※有の場合○を付ける	生年月日	大正 年 月 日 (満 歳)			フリガナ	度 分
		昭和				
住所	札幌市 区			男・女	氏名	

- 満60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がいをもつ方（障害等級1級相当）は、身体障害者手帳又は医師の診断書を医療機関の窓口へ提出してください。
 ● 生活保護世帯の方・市民税非課税世帯（世帯全員が非課税）の方で、接種料金の免除を希望される場合は、「高年齢者帯状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ（説明書）」を確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口へ提出してください。

【医療機関記入欄】

年齢区分	<input type="checkbox"/> 年度中に満65歳から5歳刻み	<input type="checkbox"/> 満60歳～64歳 ※必ず右の書類を添付する	<input type="checkbox"/> 障害者手帳1級(写) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(写) (ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害を持つ方(障害等級1級相当))
接種料金 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 自己負担あり	<input type="checkbox"/> 無料 (無料に☑を付けた場合、右の確認書類に必ず☑) ※手帳・診断書の写は確認書類にはなりません。	<input type="checkbox"/> 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書(保険料段階第1～3段階のいずれか) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書・変更決定通知書・医療券・介護券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証または資格確認書(有効期限内で区分Ⅰか区分Ⅱ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診受診券(自己負担額0円のもの) <input type="checkbox"/> 課税証明書(市民税・道民税・森林環境税いずれも0円のもの) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)

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。	はい	いいえ	
今日の接種は①組換えワクチン、②生ワクチンのどちらを希望しますか。希望するものを○で囲んでください。 また、①の接種の場合、何回目になりますか。該当するものを○で囲んでください。	①組換えワクチン(1回目・2回目) ②生ワクチン		
今回の接種が①組換えワクチンの2回目の場合は、1回目の接種年月日を記載してください。	年 月 日		
今日の帯状疱疹の予防接種について札幌市が配布している「高年齢者帯状疱疹ワクチン定期接種のお知らせ（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()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
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いわれましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状()	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、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	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	いいえ	
予防接種の種類()	はい	いいえ	
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	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。()	はい	いいえ	
心臓病、じん臓病、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。	はい	いいえ	
病名()	はい	いいえ	
その病気をみ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	
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。	はい	いいえ	
病名()	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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	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、説明をした。 医師の署名 又は 記名押印
-------	--

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	シングルックス® 筋肉内注射 0.5ml	乾燥弱毒生水痘 ワクチン「ピケン」® 皮下注射 0.5ml	実施場所 接種年月日 医師名 令和 年 月 日

※ゴム印を使用する場合には、2枚目にもゴム印を押してください。

帯状疱疹予防接種希望書 (医師の診察の結果、予防接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、帯状疱疹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。
 また、この予診票が札幌市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名

代筆者署名

被接種者との続柄()

※ 被接種者が自署できない場合は、代筆者が被接種者署名・代筆者署名・被接種者との続柄をすべて記入してください。

※ 医師・看護師等の医療従事者は代筆できません。

高齢者带状疱疹ワクチン定期予防接種済証

住所	生年月日	大正 昭和	年	月	日 (満 歳)	フリガナ	
	札幌市	区				氏名	
					男・女		

《予防接種を受けた後の注意》

- ワクチンを接種した後24時間は副反応の出現に注意し、観察しておく必要があります。特に、接種後30分以内は健康状態の変化に注意してください。
- 入浴は、接種後1時間以上経過してから行うようにしてください。
- 過度な運動、大量の飲酒は、それ自体で体調の変化をきたす恐れがあるので、接種後24時間は避けてください。
- 予防接種の後、注射した部分の赤み・腫れ・痛みや発熱、寒気、頭痛、倦怠感等がみられることもあります。また、まれにショック、アナフィラキシー、血小板減少性紫斑病、無菌性髄膜炎がみられることがあります。接種後、これらの症状が強く現れた場合は、速やかに医療機関を受診してください。

この用紙は医療機関から予防接種を受けられた方にお渡しいただくものです。
再発行はできませんので、大切に保管してください。

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 0.5ml	乾燥弱毒生水痘 ワクチン「ピケン」® 皮下注射 0.5ml	実施場所 医師名	接種年月日 令和 年 月 日

※1枚目にゴム印を使用した場合には、こちらにもゴム印を押してください。

札幌市長

(公印省略)