

①町提出用

杉戸町

該当	☐ 65歳	☐ 60歳以上65歳未満の該当者	☐ 70歳	☐ 75歳	☐ 80歳	☐ 85歳	☐ 90歳	☐ 95歳	☐ 100歳以上
自己負担	☐ 有	☐ 免除	(生保 ・ 中国残留邦人)						

带状疱疹予防接種予診票

◎太わくの中を記入してください。

住 所		診 察 前 の 体 温		度		分	
杉戸町		電 話 番 号					
ふりがな		性別		生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)		
受ける人の氏名							

◎今回受けるワクチンを「○」で囲んでください。

ワクチン名 (ワクチン・回数に○)	・ ビケン【生ワクチン】	1回目					
	・ シングリックス【組換えワクチン】	1回目	2回目	(前回接種日： 年 月 日)			

質問事項		回答欄	医師記入欄
1	定期接種以外で带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか。 ワクチン名 () 接種日 (年 月 日)		
2	今日の带状疱疹の予防接種について町から配られている説明書を読みましたか。		
3	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。		
4	現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()		
	治療(投薬など)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もよいと言われましたか。		
5	免疫不全と診断されたことがありますか。		
6	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。()		
7	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。		
8	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。 予防接種の種類 ()		
9	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		
10	1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()		
11	心臓病、腎臓病、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。 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言われましたか。		
12	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。 病名 ()		
13	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。		
14	今日の予防接種について質問がありますか。		

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、説明をしました。
	医師署名又は記名押印

带状疱疹予防接種確認書 (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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を (希望します ・ 希望しません)

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。このことを理解の上、本予診票が杉戸町に提出されることに同意します。

年 月 日

被接種者自署

※自署出来ないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください(続柄)

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	乾燥弱毒生水痘ワクチン [ビケン]	実施場所
メーカー名	(皮下接種) 0.5ml	医師名
Lot No.	シングリックス	接種年月日 年 月 日
(注)有効期限が切れていないか要確認	(筋肉内注射) 0.5ml	

該当	☐ 65歳	☐ 60歳以上65歳未満の該当者	☐ 70歳	☐ 75歳	☐ 80歳	☐ 85歳	☐ 90歳	☐ 95歳	☐ 100歳以上
自己負担	☐ 有 ☐ 免除 （ 生保 ・ 中国残留邦人）								

带状疱疹予防接種予診票

◎ 太わくの中を記入してください。		診 察 前 の 体 温		度	分
住 所	杉戸町	電 話 番 号			
ふりがな		性別	生 年 月 日	年	月 日
受ける人の氏名				(満	歳)

ワクチン名 (ワクチン・回数に○)	・ ビケン【生ワクチン】	1回目					
	・ シングリックス【組換えワクチン】	1回目	2回目	(前回接種日：	年	月	日)

	質問事項	回答欄	医師記入欄
1	定期接種以外で带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか。 ワクチン名（ ） 接種日（ 年 月 日）		
2	今日の带状疱疹の予防接種について町から配られている説明書を読みましたか。		
3	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。		
4	現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ）		
	治療(投薬など)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もよいと言われましたか。		
5	免疫不全と診断されたことがありますか。		
6	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。（ ）		
7	薬や食品で皮膚に発疹やしんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。		
8	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。 予防接種の種類（ ）		
9	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		
10	1 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）		
11	心臓病、腎臓病、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。 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言われましたか。		
12	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。 病名（ ）		
13	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。		
14	今日の予防接種について質問がありますか。		

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、説明をしました。
	医師署名又は記名押印

带状疱疹予防接種確認書 （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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、 接種を（ 希望します ・ 希望しません ）		
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。このことを理解の上、本予診票が杉戸町に提出されることに同意します。		
年	月	日
被接種者自署		
※自署出来ないものは代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください（続柄		

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	乾燥弱毒生水痘ワクチン〔ビケン〕	実施場所
メーカー名	(皮下接種) 0.5ml	医師名
Lot No.	シングリックス	接種年月日
(注)有効期限が切れていないか要確認	(筋肉内注射) 0.5ml	年 月 日

③本人控用

杉戸町

該当	☐ 65歳 ☐ 60歳以上65歳未満の該当者 ☐ 70歳 ☐ 75歳 ☐ 80歳 ☐ 85歳 ☐ 90歳 ☐ 95歳 ☐ 100歳以上							
自己負担	☐ 有 ☐ 免除 （ 生保 ・ 中国残留邦人）							

带状疱疹予防接種済証

◎太わくの中を記入してください。

◎太わくの中を記入してください。		診 察 前 の 体 温		度 分	
住 所	杉戸町	電 話 番 号			
ふりがな		性別	生 年 月 日	年 月 日	
受ける人の氏名				(満 歳)	

◎今回受けるワクチンを「○」で囲んでください。

ワクチン名 (ワクチン・回数に○)	・ ビケン【生ワクチン】	1回目			
	・ シングリックス【組換えワクチン】	1回目	2回目	(前回接種日： 年 月 日)	

この带状疱疹予防接種済証は、带状疱疹の予防接種を受けたことを証明する書類ですので大切に保管してください。

また、予防接種を受けたあとは、必ず次の「予防接種後の注意事項」をお読みください。

【予防接種後の注意事項】

- 1 予防接種を受けたあと30分間は、接種場所で様子を見るか医師にすぐ連絡がとれるようにしておきましょう。急な副反応はこの間に起きることがあります。また、24時間は副反応の出現に注意しましょう。
- 2 接種をした部位が赤くなったり、腫れたり、痛んだり、軽い発熱などが起きることがあります。もし、異常反応や体調の変化があるときは、すみやかに医師の診察を受けてください。
- 3 入浴しても差し支えありませんが、接種部位を清潔に保ち、いつも通りの生活をし、激しい運動や大量の飲酒はさけましょう。

【副反応が起こった場合】

予防接種の後、副反応が起こることがあります。また、予防接種と同時にほかの病気がたまたま重なって現れることがあります。予防接種を受けた後、接種した部分が痛みや熱をもってひどく腫れたり、全身のじんましん、繰り返す嘔吐、顔色の悪さ、低血圧、高熱などが現れたら医師の診察を受けてください。

【お問い合わせ】 杉戸町保健センター （ 0 4 8 0 - 3 4 - 1 1 8 8 ）

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 メーカー名 Lot No.	乾燥弱毒生水痘ワクチン【ビケン】 (皮下接種) 0.5ml	実施場所 医師名	
	シングリックス (筋肉内注射) 0.5ml	接種年月日 年 月 日	