

実施医療機関は次の確認書類により本人確認、年齢確認を行い☑をつけてください。

年齢確認

・資格確認書()・マイナンバーカード()・運転免許証()・その他(確認書類名/)

住所 西条市	診察前の体温	度	分
氏名	性別	生年月日	
	男・女	昭和	年 月 日 (歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
今日受ける肺炎球菌の予防接種について、説明を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何かの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	
その他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。	いいえ	はい	
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。()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(心臓病・腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症、先天性異常、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい	
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	
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はありますか	はい	いいえ	
最近、1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	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	

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、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。

保護者に対して、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、説明しました。

医師署名又は記名押印

被接種者の記入欄

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに同意しますか。(同意します・同意しません) ※どちらかを○でかこんでください。

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、本予診票が西条市に提出されることに同意します。 被接種者自著

ワクチン	接種量	皮下接種	医療機関名(実施場所)
LotNo.	0.5ml	筋肉内接種	医師名
※有効期限が切れていないか要確認			接種年月日