〈医療機関控〉肺炎球菌ワクチン（プレベナー13®）予防接種予診票　任意接種（成人用）

接種をご希望の方へ：太枠内にご記入ください。また回答欄の「はい」「いいえ」のうちあてはまる方を○で囲んでください。

住所	〒　　－	診療前の体温	度　　分
接種を受ける人 フリガナ 氏　名		電話番号	－　　－
生年月日	明治・大正・昭和 年　　月　　日生（満　　歳）	家族の氏名	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種名（　　）			
過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
予防接種時期（　　年　　月ごろ）			
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
症状（　　）			
現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名（　　）			
その病気で、何か投薬を受けていますか。	はい	いいえ	
薬の名前・種類（　　）			
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名（　　）			
心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症などにかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
病名（　　）			
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい	いいえ	
薬・食品名（　　）			
ひきつけ（けいれん）をおこし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	
予防接種名（　　）			
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。

医師署名又は記名押印［　　］

成人用（65歳以上）　肺炎球菌ワクチン（プレベナー13®）接種希望書　（医師の診察の結果、接種が可能と診断された後にご記入ください）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解した上で、接種することに（　同意します　・　同意しません　）。

※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

被接種者署名［　　］

（自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名および被接種者との続柄を記載してください）

使用ワクチン名	接種方法	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名：沈降13価肺炎球菌結合型ワクチン （無毒性変異ジフテリア毒素結合体） **プレベナー13®水性懸濁注** メーカー名：ファイザー株式会社 製造番号：	筋肉内注射 0.5mL 接種部位 左・右　上腕三角筋	実施場所： 医　師　名： 接種年月日：　平成　　年　　月　　日

注）記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

複写①