

## 23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)接種予診票

接種対象者:2歳以上で肺炎球菌による重篤疾患に罹患する危険が高い方

接種を希望される方へ:太枠内にご記入ください。

なお、ご記入いただいた氏名・住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、予防接種に係る予診の目的にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

		予診前の体温	度	分
住所	〒	電話番号	( )	—
フリガナ 接種を受ける人の氏名		家族の氏名 ※未成年者の場合は保護者氏名		
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか?(予防接種の種類: )	はい	いいえ	
23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)の接種を受けたことがありますか? ○受けたことがある場合、それはいつでしたか?( 年 月 頃)	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	
今日、体の具合の悪いところがありますか? ○具体的な症状を書いてください( )	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか? ○病名( ) その病気で治療(投薬など)を受けていますか? ○薬の名前・種類( )	はい	いいえ	
心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか? ○病名( )	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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか?	はい	いいえ	
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	
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? ○予防接種の名前( )	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

以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師署名または記名押印 小村綾子

## 23 価肺炎球菌ワクチン接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

平成 年 月 日 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、代理人氏名及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	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
名称: ニューモバックス®NP 製造番号: (カルテNo. )	筋肉内・皮下 (接種量: 0.5mL)	実施場所: にしはら耳鼻咽喉科 京都北野院 医師名: 小村綾子 接種年月日: 平成 年 月 日