医療機関控

**任意接種用**

# 23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)予防接種　予診票

接種を希望される方へ：太枠内 [　　] の箇所にもれなくご記入ください

| | | | |
|---|---|---|---|
| 診察前の体温 | | 度　　分 | |
| 住　所 | 〒 | 電話番号 | (　　)　　－ |
| (フリガナ)<br>予防接種を<br>受ける人の氏名 | ……<br>(男・女) | 代理人(家族など)の氏名 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　(満　　歳) | | |

| 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(『23価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)を接種される方へ』)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？ (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)又は他の肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか？<br>○ワクチンの名前・時期 (ワクチン名:　　、　　年　　月頃) | はい | いいえ | |
| 今日、体の具合の悪いところがありますか？<br>○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？<br>○病名　(　　)<br>その病気で治療(投薬など)を受けていますか？<br>○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？<br>○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？<br>○病名　(　　) | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、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？<br>○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 ( 実施できる ・ 見合わせたほうがよい ) と判断します。
本人 (またはその家族などの代理人) に対し、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。
医師の署名または記名押印 [　　]

**本人(またはその家族などの代理人)記入欄**

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解しました。
以上の内容に同意し、接種を希望しますか。( はい ・ いいえ )
本人 (またはその家族などの代理人) の署名[　　(代筆者の場合：続柄　　)]

| 使用ワクチン名 | 接種経路 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---|---|---|
| 名称：ニューモバックス®NP<br>シリンジ<br>メーカー名：MSD株式会社<br>製造番号： | 筋肉内・皮下<br>(接種量：0.5mL) | 実施場所：<br><br>医師名：<br>接種年月日：　　年　　月　　日 |

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。記入いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。