〈医療機関控〉

# 肺炎球菌ワクチン（プレベナー20®）予防接種予診票

任意接種用

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 | 〒　　－ | 診察前の体温 | 度　　分 |
| 接種を受ける人<br>フリガナ<br>氏　名 | | 電話番号 | －　　－ |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年　　月　　日生（満　　歳） | 保護者<br>代理人 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　　月ころ） | | | |
| 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（　　） | | | |
| 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（　　） | | | |
| 今までに特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経系の病気、免疫不全症、その他の病気）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（　　） | | | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい | いいえ | |
| この部分は妊娠する可能性のある女性の方がお答えください。 | | | |
| 現在、妊娠、または妊娠している可能性はありますか。 | はい | いいえ | |
| 現在、授乳中ですか。 | 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。
保護者または本人（代理人）に対して、予防接種の効果・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、説明をしました。

医師署名又は記名押印［　　］

**肺炎球菌ワクチン（プレベナー20®）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（お子さん、高齢者など）の場合、保護者や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20価肺炎球菌結合型ワクチン<br>（無毒性変異ジフテリア毒素結合体）<br>**プレベナー20®水性懸濁注**<br>メーカー名：ファイザー株式会社<br>製造番号： | 筋肉内注射<br>0.5mL<br>接種部位<br>左・右　上腕三角筋 | 実施場所：<br>医師名：<br>接種年月日：　令和　　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