

自己負担額
4000円

有効期間 平成28年4月1日～平成29年3月31日

※豊島区外へ転出した場合、この予診票は使用できません。
※区内転居や氏名等に変更がある場合は、修正してご使用ください。
※平成28年4月1日以降豊島区へ転入した方は、転入日から使用できます。

受ける人の氏名 (フリガナ)	生年月日 (満 歳 月)	男 女	自宅 携帯	() ()
-------------------	-----------------	--------	----------	------------

(注) 体温は医療機関ではありません。 ※印は医師の記入欄です。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか。(回答が「はい」の場合、この予診票は使用できません。)	はい いいえ	
2 今日受ける肺炎球菌予防接種について、区からの説明文を読みましたか。	はい いいえ	
3 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	
4 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	
5 最近1か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	
6 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい いいえ はい いいえ	
7 現在、ほかに何か病気にかかっていますか。病名 () 治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
8 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
9 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	
10 薬や食品で、皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
11 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種 ()	はい いいえ	
12 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

体温の位置が変わりました。

医師記入欄 ※
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・見合わせたほうがよい)と判断します。
本人に対して、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、説明をしました。
医師署名又は記名押印

選択するようになりしました。

肺炎球菌予防接種希望書(必ず医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか。
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、本予防接種記録票兼予診票が区に提出されることに同意します。
(接種を希望します・接種を希望しません)
平成 年 月 日
被接種者署名
代筆者氏名 続柄
(自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン	接種量	実施場所・接種医師名・接種年月日
Lot No.	0.5ml 接種方法 皮下・筋肉内 接種部位 左 上腕 右 その他()	接種年月日 年 月 日

接種部位を今までより
詳細に記入できるようになりました。

高齢者肺炎球菌は白地に紫色の枠の予診票です。

また、予診票中央に平成28年度用とわかるように「28」と透かし文字が入っています。