

# 高齢者用肺炎球菌 予防接種予診票 記入例

生年月日にて  
接種年齢に該当するか  
確認してください

生活保護受給者の場合は、  
「負担金なし」を  
囲んでください

## 高齢者用肺炎球菌ワクチン 予防接種予診票

太枠及び太線にボールペンで○を囲むか記入してください。

住所	直方市 殿町 ○-○	診察前の体温	36 度 6 分
氏名	直方 花子	性別	女
生年月日	大正・昭利 ○○年 4 月 1 日生 (満 歳)	電話番号	○○○-

体温が37.5℃以上は  
接種不可

質問事項	回答欄	医師記入欄
今までに肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
「高齢者用肺炎球菌(23価)の予防接種」の説明書を読みましたか。	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
現在、何か病気にかかっていますか。病名( ) 治療(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言われまし		過去に 23価肺炎球菌ワクチンを 受けたことがある人は 対象外です
免疫不全と診断されたことがありますか。		
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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( )	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
最近1か月以内に熱が出たり、病気が 病名( )		
今日の予防接種について質問がありますか。		

必ず「可能」「見合わせる」の  
どちらかを○で囲んでください

医師署名は 直筆  
又は  
ゴム印と朱印

医師記入欄	予防接種は ( <input checked="" type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 見合わせる ) 応及び説明した。	医師署名又は 記名押印 <b>病院 太郎</b>
-------	---	-----------------------------

該当するほうを  
○で囲んでください

ワクチンロット番号	皮下・筋肉内注射の別	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot NO <input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> 皮下 <input type="radio"/> 筋肉内	0.5ml	実施場所 直方市 感田 ○-○ 医師名 病院 太郎 接種日: 令和 7 年 4 月 1 日

ワクチンロット番号  
シール添付  
もしくは  
手書きでの記入

予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後  
予防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  
 接種を希望します  接種

直筆署名のみ有効  
(全対象者記入)  
※代筆者による記入の場合にも  
被接種者の氏名を記入

令和 7 年 4 月 1 日 被接種者自署 直方 花子

代筆者による記載の場合は、代筆者氏名と続柄を記入  
(代筆者は、ご家族又は被接種者の  
日頃の状態を把握している人に限ります)

(続柄 )  
代筆者、代筆者氏名、続柄を記入