

帯状疱疹 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

帯状疱疹 予防接種予診票

直方市

※ボールペンで○を囲むか記入してください。		負担金なし	診察前の体温	●●度 ●分
住 所	直方市 殿町 ○ー○		電 話	
ふりがな	のおがた はなこ		電 話	
氏 名	直方 花子		電 話	
生年月日	明治・大正 ●昭和 ●●年 4月 1日生 (満 歳)			

体温が37.5℃以上は
接種不可

質 問 事 項

問 題	回 答 欄	医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ はい	
(今回の接種が2回目以降の場合) 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。 (注1) ワクチンの種類は①シングリックス(組換えワクチン)、②乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」 (生ワクチン)、③その他 のうち、いずれか一つを○で囲んでください。	① / ② / ③	
今日の帯状疱疹の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	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	
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たか。		
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。()		
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。	いいえ はい	
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。	いいえ はい	
予防接種の種類 ()	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	いいえ はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ はい	
予防接種の種類 ()	いいえ はい	
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。	いいえ はい	
病名()		
その病気を診てもらったことがありますか。		
最近1か月以内に熱が出たことがありますか。		
病名()		
6か月以内に輸血あるいは臓器移植を受けたことがありますか。		
今日の予防接種について説明がありましたか。		

●接種歴を確認し、接種を実施してください。

●特に、接種間隔にご注意ください。

必ず「可能」「見合わせる」の
どちらかを○で囲んでください

直筆
医師署名は
又は
ゴム印と朱印

該当するほうを
○で囲んでください

医師記入	予防接種は (可能・見合わせる) で囲んでください
反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	
医師署名又は記号印 病院 太郎	

ワクチンロット番号シール添付
もしくは手書きで記入

(接種を希望します) ・ 接種を希望しません

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

ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot NO. ●●●●●●●●●●	シングリックス 乾燥弱毒 生水痘ワクチン 「ビケン」 筋肉内注射	0.5ml	実施場所 直方市 感田 ○ー○ 医 師 名 病院 太郎 接種年月日 令和 7 年 4 月 1 日

令和 7 年 4 月 1 日

被接種者自署

直方 花子

(※医療従事者の代筆は不可) 代筆者氏名

(続柄)

(※自署できない場合は代筆者が氏名、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

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)