

高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種予診票

太枠の中を記入してください。記入する前に「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種のお知らせ」をよくお読みください。

※札幌市民の方が対象です。ただし、東日本大震災の被災者等については、避難前の住所を記入し、避難前の住所が確認できる書類を窓口で提示すれば、接種いただけます。

| | | | | | | | |
|---------------------|----------|----|-----|---------|------------|---|-----|
| 震災対応有 ※有の場合○を付ける | | 住所 | 札幌市 | 区 | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 生年月日 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 (満 歳) | ふりがな 氏名 | | 男・女 |

- 60歳以上65歳未満の方で、心臓・じん臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害等級1級又はそれに相当する障がい有する方は、身体障害者手帳(1級)又は医師の診断書等を医療機関の窓口で提出してください。
- 生活保護世帯の方・市民税非課税世帯(世帯全員が非課税の方)で接種料金の免除を希望される場合は、「高齢者肺炎球菌ワクチン定期接種のお知らせ」を御確認の上、所定の証明書類を、医療機関の窓口で提出してください。

【医療機関記入欄】

| | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|
| 年齢区分 | <input type="checkbox"/> 満65歳 ※接種日時点 | <input type="checkbox"/> 満60歳～64歳 ※必ず右の書類を添付する | <input type="checkbox"/> 障害手帳1級(写) <input type="checkbox"/> 医師の診断書(写) | 〔心臓・じん臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる 免疫機能に障害を持つ方(障害等級1級またはそれに相当する方)〕 |
| 接種料金 (該当するものに☑) | <input type="checkbox"/> 自己負担あり | <input type="checkbox"/> 無料 (無料に☑をつけた場合、右の 確認書類に必ず☑入れる) ※手帳・診断書の写は確認 書類にはなりません。 | <input type="checkbox"/> 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書【保険料段階 段階】 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書・保護変更決定通知書・医療券・介護券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証【被保険者番号(8桁)】 <input type="checkbox"/> 後期高齢者健診受診券【自己負担額0円を確認、受診券整理番号(11桁)】 <input type="checkbox"/> 市・道民税に係る「課税証明書」 <input type="checkbox"/> その他【具体的に記載】 | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|--|-----|-----|-------|
| 過去に1度でも肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがありますか。 ※肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがある方は定期接種の対象となりません。 | はい | いいえ | |
| 今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について札幌市が配布している説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 肺炎球菌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 () | はい | いいえ | |
| 治療(投薬など)を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | いいえ | |
| 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 | いいえ | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | 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。 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 | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに 予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名又は記名押印 |
|-------|--|

| | | | | | |
|-----------------|--------------|-----|----------------|-------|-------|
| ワクチンメーカー名・ロット番号 | 皮下注射・筋肉内注射の別 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | | |
| メーカー名 | 皮下注射 | | 実施場所 | 接種年月日 | |
| Lot No. | 筋肉内注射 | ml | 医師名 | 令和 | 年 月 日 |

※ ゴム印を使用する場合には、2枚目にもゴム印を押してください。

肺炎球菌ワクチン予防接種希望書(医師の診察の結果、予防接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン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。また、この予診票が札幌市に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者署名(必須)

代筆者署名

被接種者との続柄 ()

※ 被接種者が自署できない場合は、代筆者が被接種者署名・代筆者署名・被接種者との続柄 をすべて記入してください。

※ 医師・看護師等の医療従事者は代筆できません。

高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種予診票

| | | | | | | |
|---------------------|----------|-----|---|------------|------------|-----|
| 震災対応有 ※有の場合○を付ける | 住所 | 札幌市 | 区 | | | |
| 生年月日 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日 (満 歳) | ふりがな 氏名 | 男・女 |

年 月 日

札幌市長
秋元克広
(公印省略)

《予防接種を受けた後の注意事項》

- 接種当日はいつもどおりの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- 予防接種の後、まれに副反応がおこることがあります。予防接種を受けた後、心配なことがありましたら、接種した医師にご相談ください。
- 肺炎球菌ワクチンは再接種すると接種部が痛んだり、赤くなったりする副反応が強くなる場合があります。接種したことを忘れないよう、この紙は大切に保管してください。

| ワクチンメーカー名・ロット番号 | 皮下注射・筋肉内注射の別 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|-----------------|--------------|-----|----------------|----------|
| メーカー名 | 皮下注射 | | 実施場所 | 接種年月日 |
| Lot No. | 筋肉内注射 | ml | 医師名 | 令和 年 月 日 |

※ 1枚目にゴム印を使用した場合には、こちらにもゴム印を押してください。

この用紙は予防接種を受けられた方に、お渡しください。