

# 23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)接種予診票

接種を希望される方へ:太ワク内にご記入ください。

なお、ご記入いただいた氏名・住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、予防接種に係る予診の目的にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

		予診前の体温	度	分
住所			TEL( )	
受ける人の氏名	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		
家族の氏名	年齢	(満 歳 ヲ月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
23 価肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス®NP)の接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
今日、体の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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ 病名( )	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名( )	はい	いいえ	
生まれてから今までに心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか？ 病名( )	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、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	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか？	はい	いいえ	

## 医師の記入欄

以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 医師のサイン

## 23 価肺炎球菌ワクチン接種希望者 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)

私は、医師の診察・説明を受け、肺炎球菌ワクチン接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

平成 年 月 日 被接種者署名 \_\_\_\_\_

( 自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン Lot No.	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
ニューモバックス®NP Lot. No. カルテ No.	筋肉内・皮下 (接種量:0.5mL)	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日