

見本

高齢者用 23 価肺炎球菌ワクチン予防接種の実施について

予防接種法の規定により、高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種を実施します。
同封のお知らせなどをよく読んで、この書類を接種医療機関へ持参して受けてください。

各 医 療 機 関 長 様

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種（個別接種）を依頼します。

観 音 寺 市 長



切り離さないで医療機関へ持って行ってください。

高齢者用 2 3 価肺炎球菌ワクチン予防接種済証

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種済の証明書です。
大切に保管してください。

重要

住 所						
氏 名		性 別		生年 月日	年 齢	
メーカー／ロット						

予防接種を行った年月日 令和 年 月 日

予防接種を行った医療機関名

観 音 寺 市 長



高齢者用 23 価肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

予診票有効期限： 6 6 歳の誕生日の前日まで

住 所								
住 民 コード		氏 名		性 別		生年 月日	年 齢	

見本

観音寺市に
住民票がない場合は
受けられません。

予診票は、油性ボールペン等、消すことのできない筆記用具で記入してください。	診察前の体温		度 分
質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄	
今回の予防接種を受ける当日、住民票は本市にありますか。	はい いいえ		
これ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。 接種したワクチン【 23 価 ・ その他（ 価、接種日： 年 月 日）】	いいえ はい		
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市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（ ）	いいえ はい		
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。	いいえ はい はい いいえ		
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ はい		
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（ ）	いいえ はい		
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	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。 病名（ ）	いいえ はい		
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言われましたか。	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（ ）	いいえ はい		
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ はい		
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		
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ はい		

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、 説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワ ク チ ン ロ ッ ト 番 号	接種量 0.5ml	実 施 場 所	
ワクチン名	（筋肉内・皮下）	医 師 名	
Lot No.	（ 左 ・ 右 ）	接種年月日	
			令和 年 月 日

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

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
ワクチンの接種を希望しますか。（ はい ・ いいえ ）

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。
また提出書類に不備があった場合は、市から連絡することがあります。
このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。
令和 年 月 日

被接種者自署 電話番号
（自署できない者は代筆者が被接種者氏名、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）（日中連絡が取れる番号）

代筆者 続柄