

## 伊贺市带状疱疹疫苗预防接种预诊表

第1次（2025年度用）

※请填写粗线框内的项目或打☑。

因使用AI-OCR读取内容，请用楷书认真填写。

住民票的地址	三重县伊贺市	电话号码	(                      ) —												
姓 名 (日语假名)	※从左开始填写、濁点也算作一个字符，请用楷书仔细书写。如果写不下，请忽略框框紧凑书写。														
姓 名 (汉字)															
出生年月日 (日本年份)	※请在「大正」或「昭和」处打勾☑。 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日生 (满 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 岁) <input type="checkbox"/> 昭和										<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		诊查前体温	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 度 <input type="checkbox"/> 分	

问诊事项	回答栏		医生填写栏
是否阅读并理解了「致可接种带状疱疹疫苗的人」？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
是否理解今天疫苗接种的效果和副作用等？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
今天的带状疱疹疫苗接种是第一次定期接种吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
您目前是否患有什么疾病？                      病名（                      ）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否正在接受治疗（用药等）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？	<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以	
您是否曾被诊断为免疫缺陷？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
今天您的身体是否有不适？    症状（                      ）	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾因药物或食品而出现皮肤发疹或荨麻疹，或身体不适？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾接种疫苗后感到不适？ 预防接种名称（                      ）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾发生过抽搐（痉挛）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您在一个月内是否接种过疫苗？    预防接种的名称（                      ）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您是否曾患有心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等慢性疾病？ 病名（                      ）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？	<input type="checkbox"/> 可以	<input type="checkbox"/> 不可以	
您在最近一个月內是否发烧或生病？ 病名（                      ）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您在六个月内是否接受过输血或注射过免疫球蛋白？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有	
您对今天的疫苗接种有任何问题吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（ <input type="checkbox"/> 可能    ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる    ）	医師署名又は記名押印
	本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	

带状疱疹预防接种希望书	
在接受医生的诊察和说明后，您是否理解接种的效果和副反应，并希望接种？                      （ <input type="checkbox"/> 希望接种    ・ <input type="checkbox"/> 不希望接种    ）	
这份预诊表的目的是为了确保接种的安全性。	
在理解这一点的基础上，同意本预诊表将提交给市政府。                      年                      月                      日                      本人签名                      （必须）	
（※如果无法亲自签名，请由代笔人签名，并注明代笔人姓名及与被接种者的关系）	

医 師 記 入 欄	ワクチン名・ロット番号・接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。										
	シール貼付位置 (注)有効期限が切れていないか確認		0 . 5 0 ml	実施場所	医療機関等コード									
	※「生ワクチン」「不活化ワクチン」どちらかに チェック☑を入れてください。			医師名										
	<input type="checkbox"/> 生ワクチン    皮下注射（ 左 ・ 右 ）				接種年月日    ※記入例）4月1日→04月01日									
	<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン    筋肉内注射（ 左 ・ 右 ）				2 0 2    年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日									