

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勾。

因使用AI-OCR读取内容, 请用楷书认真填写。

住民票の地址	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 (日本年历)	※请在「大正」或「昭和」处打勾□。□大正 年 月 日 生 (满 岁)			□男 · □女	诊查前体温 度 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?					<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 没有
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
您在最近一个月内是否发烧或生病? 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	以上的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) 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。				医師署名又は記名押印	

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? (希望接种 · 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	0.50 ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日 ※記入例)4月1日→04月01日 202 年 月 日		
※「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。 <input type="checkbox"/> 生ワクチン 皮下注射(左・右) <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン 筋肉内注射(左・右)						