

伊贺市带状疱疹疫苗预防接种预诊表

第2次（不活化疫苗用）

至今的接种历		第1次接种		年 月 日		※接种间隔、需确认														
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 (日本年历)	※请在「大正」或「昭和」处打勾☑。																			
	☐大正		年		月		日		生 (満		歳)		☐男・☐女		诊查前体温		度		分	
	☐昭和		年		月		日		生 (満		歳)		☐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」？		☐ 是	☐ 不是	
是否理解今天疫苗接种的效果和副作用等？		☐ 有	☐ 没有	
第1次带状疱疹疫苗接种是使用不活化疫苗（肌肉注射）吗？		☐ 有	☐ 没有	
您目前是否患有什么疾病？ 病名（ ）		☐ 有	☐ 没有	
您是否正在接受治疗（用药等）？		☐ 是	☐ 不是	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？		☐ 可以	☐ 不可以	
您是否曾被诊断为免疫缺陷？		☐ 有	☐ 没有	
今天您的身体是否有不适？ 症状（ ）		☐ 有	☐ 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？		☐ 是	☐ 没有	
您是否曾接种疫苗后感到不适？ 预防接种名称（ ）		☐ 是	☐ 没有	
您是否曾发生过抽搐（痉挛）？		☐ 是	☐ 没有	
您在一个月內是否接种过疫苗？ 预防接种的名称（ ）		☐ 是	☐ 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（ ）		☐ 是	☐ 不是	
该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种？		☐ 可以	☐ 不可以	
您在最近一个月內是否发烧或生病？ 病名（ ）		☐ 是	☐ 没有	
您在六个月內是否接受过输血或注射过免疫球蛋白？		☐ 是	☐ 没有	
您对今天的疫苗接种有任何问题吗？		☐ 有	☐ 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（ ☐可能 ・ ☐ 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。	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）
在理解这一点的基础上，同意本预诊表将提交给市政府。	

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									
	※2回目の接種は不活化ワクチンのみ定期接種の対象です。		医師名		接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日									
	☑ 不活化ワクチン 筋肉内注射（ 左 ・ 右 ）				2 0 2 年 月 日									