

伊贺市

定期接种用

高齢者肺炎球菌预防接种预诊表

市提出用

- ① 定期接种者
 ② 60岁至65岁未満※
 ※请确认实施要领

※请填写粗线框内的项目

地址	伊贺市	电话号码			
日语假名		性別	出生年月日	明治・大正・昭和(请在年号处划○)	
接种者姓名		男・女	年 遅	月	日
		年龄	满()岁		

問診事項	回答栏	医生填写栏
至今为止接种过肺炎球菌疫苗吗? 回答「是」的话，不属于定期接种的对象者	是 没有	
有关今天的肺炎球菌疫苗预防接种，您读了市分发的说明书了吗?	是 没有	
您理解了今天预防接种的效果以及副作用吗?	是 没有	
现在患有什么疾病? 「有」的话，请教病名()	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、身体是否有不适? 「有」的话，请填写具体症状()	有 没有	
至今为止是否曾得过心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等? 「有」的话，请教病名()	有 没有	
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	
您在最近一个月内是否发烧或生病? 「有」的话，请教病名()	有 没有	
最近1个月以内，家人等近旁的人有患过流感、麻疹、风疹、水痘、腮腺炎等疾患吗? 「有」的话，请教病名()	有 没有	
一个月以内有否接种过疫苗吗? 「有」的话，请教预防接种的名称()	有 没有	
至今为止，接种后身体状况有不适吗? 「有」的话，请教预防接种的名称()	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?	有 没有	
您是否曾发生过抽搐(痉挛)?	有 没有	
「有」的话，当时发烧了吗? ()岁左右	有 没有	
近亲者种有无预防接种后感觉身体不适的?	有 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、今日の予防接種は 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および副反応、ならびに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師署名または記名押印[]
-------	---

本人(被接种者)填写栏 (请在医生诊查后判断为可接种后填写。)

接受了医生的诊查·说明，在理解了预防接种的效果·目的·接种疫苗的有利处以及严重的副作用的可能性等的前提下，希望接种吗？

[希望接种 · 不希望接种]

此预诊表是以确保接种的安全性为目的。

在理解此目的的前提下，同意本预诊表提交给市里。

日期	年 月 日		
本人签名 (必须)	※代笔者签名时也请务必填写接种者本人姓名。	代笔者签名	※接种者本人无法填写时。 (关系:)

ワクチン名 Lot.No.	(有効期限がきてないか確認)	実施場所 医師名	
接種量	0.5mL		
接種年月日	令和 年 月 日		