

伊賀市

市提出用

定期接種用

高齢者肺炎球菌予防接種予防診表

- ① 定期接種者
② 60歳至65歳未満※
※請確認実施要領

※请填写粗线框内的项目

地址		伊賀市		診査前体温		度		分	
日语假名				电话号码					
接種者姓名				性別	出生年月日	明治・大正・昭和（請在年号处划○） 年 月 日			
				男・女	年齢	満（ ）歳			

問診事項		回答欄		医師填写欄
至今为止接種过肺炎球菌疫苗吗？ 回答「是」的话，不属于定期接種の対象者		是	没有	
有关今天的肺炎球菌疫苗預防接種，您读了市分发的说明书了吗？		是	没有	
您理解了今天預防接種的效果以及副作用吗？		是	没有	
现在患有什么疾病？ 「有」的话，請教病名（ ）		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預防接種？		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，請教病名（ ）		有	没有	
该疾病的主治医生是否认为今天可以預防接種？		可以	不可以	
您在最近一个月內是否发烧或生病？ 「有」的话，請教病名（ ）		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，請教病名（ ）		有	没有	
一个月以内有否接種过疫苗吗？ 「有」的话，請教預防接種的名称（ ）		有	没有	
至今为止，接種后身体状况有不适吗？ 「有」的话，請教預防接種的名称（ ）		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」的话，当时发烧了吗？（ ）岁左右		有	没有	
近亲者种有无預防接種后感觉身体不适的？		有	没有	
您对今天的疫苗接種有任何问题吗？		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（被接種者）填写栏（请在医生診査后判断为可接種后填写。）
接受了医生的診査・説明，在理解了預防接種的效果・目的・接種疫苗的有利处以及严重的副作用的可能性等的前提下，希望接種吗？
希望接種 ・ 不希望接種
此預防診表是以確保接種的安全性为目的。
在理解此目的的前提下，同意本預防診表提交给市里。

日期	年 月 日		
本人签名（必須）	※代筆者签名时也請務必填写接種者本人姓名。	代筆者签名	※接種者本人无法填写时。 （关系： ）

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