

令和7年度 予診票記入上の注意

※1回目接種は組換え(不活化)ワクチン/生ワクチンを選択。
2回目ワクチンは組換え(不活化)のみ。予診票の種類に注意してください。

※令和7年度であること。令和7年度の助成対象者は、年度中に65.70.75.80.85.90.95.100歳となる方、100歳以上の方です。組換えワクチンの接種間隔は2か月です。2～3月に1回目の組換えワクチンを接種する方は、年度を超えると助成対象外となるため、特に注意してください。

笛吹市帯状疱疹ワクチン予防接種予診票(1回目/2枚)

令和7年度	診察前の体温	度	分
住所	笛吹市		
氏名			
生年月日	大正・昭和	年	月 日生(満 歳)
電話	— —		

組換え(不活化)ワクチン・生ワクチン 1回目 予診票

質問事項	回答欄	医師記入欄
帯状疱疹ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
今日の帯状疱疹ワクチンの予防接種について市から配られている説明書を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
今回の帯状疱疹ワクチンの予防接種は、1回目ですか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり病気にかかりましたか。 病名 ()	はい いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類 () 接種年月日 (年 月 日)	はい いいえ	
これまでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、血液疾患、その他病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名 ()	はい いいえ	
現在、ステロイド剤や免疫抑制剤など、特別な薬の投与を受けていますか。	はい いいえ	
(注)免疫不全状態の方、薬剤治療等により免疫抑制状態の方は生ワクチンを接種することができません。	はい いいえ	
けいれんを起こしたことがありますか。()歳頃	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
予防接種名 ()	はい いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。※ガンマグロブリンは血液製剤の一種でA型肝炎等感染症の予防や治療目的などで投与され、この注射を3～6か月以内に受けた方は生ワクチンの効果が十分にでないことがあります。	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

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 (可能 ・ 見合わせる)。 本人に対して、予防接種の効果、副反応の可能性及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師の署名又は記名押印
-------	--

帯状疱疹ワクチン予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。
また、この予診票が予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、市に提出されることに同意します。

署名年月日 ※必須	被接種者署名欄 ※必須	代筆者署名欄 (続柄・自署できない理由)
令和 年 月 日		続柄: 理由:

※身体的事情(視覚や手の障害等)で自署できない場合に限り、家族又は後見人が被接種者および代筆者署名欄に記入。

1回目 接種ワクチン・ロット番号	接種方法・部位・量	実施場所・医師名・接種年月日
1回目接種 ワクチン ※どちらかに 丸を付ける	組換えワクチン (シンクワクチン) 筋注 皮下 右・左 右・左	実施場所 医師名
Lot No.	0.5 ml	接種年月日 令和 年 月 日

帯状疱疹ワクチン予防接種済証

接種ワクチン	組換え(不活化)ワクチン/生ワクチン (接種ワクチンに丸を付ける)		
住 所	笛吹市		
氏 名	生年月日	大・昭 年 月 日	
接種年月日	令和 年 月 日	実施医療機関名	

(被接種者控)

※組換えワクチンを接種する場合のみ、2枚目の予診票を使用します。

※1回目で生ワクチンを接種した場合、2回目の予診票は使用できませんので、破棄してください。

※37.5℃以上ある場合接種できません。

※日中連絡が取れる電話番号にしてください。

※過去に帯状疱疹生ワクチンを任意接種でした方は、補助対象外。組換えワクチンを1回接種した方は、残り1回のみ助成対象です。

※記入漏れがないようにしてください。回答内容に十分ご注意ください。

※連続して予防接種を実施する場合は、接種間隔にご注意ください。

※6か月以内に輸血やガンマグロブリンの投与がある方には、注意してください。

※問診及び診察等でご判断いただき、どちらかを○で囲んでください。

※必ず署名をお願いします。

※署名欄は記名押印でも可能です。

※身体的事情(麻痺・視覚障害等)において、署名することが不可能な場合は代筆者が可能です。代筆者が署名欄すべてを必ず記載してください。

※日付は医師の診察の結果、接種が可能と判断され、予防接種の効果、副反応等を理解した上で接種を希望された日を記入してください。通常は接種年月日と同一です。

※接種した腕に必ず丸を付けてください。

※接種したワクチンに必ず丸を付けてください。

※実施後に接種したワクチンに丸をするなどして、被接種者に交付してください。

※こちらの記入例と別添「笛吹市帯状疱疹予防接種に関する注意事項」を必ずご確認ください。