

# 予防接種予診票の記入時の注意点について

## 高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

有効期限：令和6年4月5日から令和7年4月5日まで

昭和34年4月6日生

例

(市の記入欄)

江南 太郎 様

ふりがな	こうなん たろう	性別
受ける人の氏名	江南 太郎 花子	男・女
生年月日	大・昭 年 月 日生	
(年齢)	(満 歳)	
電話番号		
診察前の体温		度 分

\*太枠の中を消えないボールペンで正確に記入し、担当医師に提出してください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 ※今までに23価肺炎球菌英膜ポリサッカライドワクチン「ニューモバックスNP」の予防接種を受けたことがある方はこの予診票を使用して肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けることはできません。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>	
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について裏面の説明を読みましたが。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
<b>高齢者の肺炎球菌ワクチン予防接種希望書</b> (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。)		
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。		
<b>【 接種を希望します ・ 接種を希望しません 】</b>		
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。		
令和 年 月 日 被接種者自署		
(※自署できない者は代筆者が被接種者の氏名を署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)		
代筆者署名		続柄 ( )
ワクチンロット番号	皮下注射・筋肉注射	接種量
ワクチン名 : Lot No. : 有効期限 :	皮下注射 筋肉内注射	m l
実施場所 : 医師名 :		接種年月日 : 令和 年 月 日

江南市

左(藤色)右(白色)の用紙は切り取らずに医療機関へお持ちください。

予防接種を受けれる期間について

65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日までとなります。

### 【 注意 】

修正テープ又は、ペンでの塗りつぶしでの訂正はできません。

訂正がある場合は、二重線を引き、上の余白もしくは正しいほうへ書き直してください。訂正印は不要です。

予防接種を受ける方の名前を書きます。

代筆の場合「医師」「看護師」以外で記入してください。

誤って修正テープ又は、ペンでの塗りつぶしで訂正を行ってしまった場合は、予防接種を受ける前に保健センターにお問い合わせください。

また、二重線での訂正が難しい場合は、新しい予診票と交換ができます。  
新しい予診票と交換を行う場合は、予診票と本人確認ができるもの(代理人の場合・同居の方ではない場合は、※他の書類が必要です)をご持参のうえ、保健センターへお越しください。

※予診票、被接種者と代理人の本人確認ができるもの、同居ではない場合は「委任状(予診票裏面 A)」も必要となります。