

記入例	<input checked="" type="checkbox"/>	ケ	ン	コ	ウ	シ	ョ	ウ	コ
		0	1	2	3	4	5	6	7
		8	9						

診察前の体温 度 分

フリガナ	姓	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	名	<input type="text"/>						
氏名		<input type="checkbox"/> 男		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和										
		<input type="checkbox"/> 女			<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	満 歳	
住民票のある住所	下関市																
TEL ( ) -																	
料金（一部自己負担）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		なし（生活保護受給者）の場合						<input type="checkbox"/> 生活保護受給者証確認済							

※料金・対象者等については、裏面を確認してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について下関市から配られている説明書を読みましたか	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	
現在、何か病気にかかっていますか	はい	いいえ	
病名（ ）			
治療（投薬など）を受けていますか	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	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	
予防接種の名前（ ）			
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください（ ）			
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	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（ ）			
心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全などの病気にかかり医師の診断を受けたことがありますか	はい	いいえ	
病名（ ）			
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい	いいえ	
病名（ ）			
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（ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる ） 医師署名又は記名押印 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。
-------	---

被接種者の記入欄	（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下さい） 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。 このことを理解のうえ、本予診票が下関市に提出されることに同意します。 成人用肺炎球菌ワクチンの予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか。 年 月 日 （ <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません ）
	被接種者署名 _____ 代筆者 _____ （続柄 _____） ※ 自署できない方は、代筆者が必ず被接種者署名及び代筆者氏名、続柄の記入をお願いします。 ただし、代筆者は予防接種実施医療機関の医師・看護師は不可。

ワクチンロット番号	接種方法	接種量	実施場所・医師名	接種（見合わせ）年月日
ワクチン名 Lot No.  (有効期限を確認)	<input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 筋肉内注射	ml	実施場所  医師名	(西暦) 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日