

## 帯状疱疹 定期予防接種 予診票

生ワクチン・不活化ワクチン（1回目） ・ 不活化ワクチン（2回目）		診察前の体温	度	分
住 所	笠岡市			
氏 名				男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和	年	月	日生（満 歳）

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
（今回の接種が2回目以降の場合） 前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載して下さい。	生 ・ 不活化 年 月 日		
今日の帯状疱疹予防接種について裏面の説明を読みましたか。	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。 病名（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。（ ）	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名（ ）	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	いいえ	はい	
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	<p>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）</p> <p>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、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	--

ワクチンロット番号	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下・筋注 ml	実施場所
Lot No.	右上腕・左上腕・その他	医師名
(注)有効期限がきれていないか確認	( )	接種（予診）年月日 令和 年 月 日

**帯状疱疹予防接種希望書**（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。）

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。

（ 接種を希望します・接種を希望しません ）

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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者続柄（ \_\_\_\_\_ ）  
（※自署でない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

## 带状疱疹予防接種における注意事項 ～予防接種を受ける前に必ずお読みください～

### 1 一般的注意事項

带状疱疹の予防接種について、この注意事項をよく読んで、必要性や副反応についてよく理解しましょう。気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、市役所担当課に質問しましょう。十分に納得できない場合には、接種を受けないでください。予診票は接種をする医師にとって、予防接種の可否を決める大切な情報です。接種を受ける方が責任をもって記入し、正しい情報を接種医に伝えてください。

### 2 他のワクチンとの同時接種・接種間隔

- (1) 生ワクチンは、他の生ワクチンと27日以上の間隔を置いて接種してください。
- (2) いずれの带状疱疹ワクチンについても、医師が特に必要と認めた場合は、インフルエンザワクチンや、新型コロナワクチン、高齢者肺炎球菌ワクチン等の他のワクチンと同時接種が可能です。

### 3 予防接種を受けることができない人

- (1) 明らかに発熱のある人。(通常は37.5℃を超える場合)
- (2) 重い急性疾患にかかっている人。
- (3) ワクチンに含まれる成分によって、アナフィラキシーを起こしたことがある人。
- (4) 生ワクチンは、病気や治療によって免疫が低下している方は接種できません。
- (5) その他、医師が不適当な状態と判断した場合  
※上記の(1)～(3)に該当しない場合でも、医師が接種不適当と判断した時は接種できません。

### 4 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- (1) 輸血やガンマグロブリンの注射を受けた方は治療後3ヶ月以上、大量ガンマグロブリン療法を受けた方は治療後6ヶ月以上置いて接種してください。
- (2) 抗凝固療法(血液をサラサラにする薬の投与)を受けている人、血小板減少症または凝固障害(出血時に血が止まりにくい)のある人
- (3) 過去に免疫状態の異常を指摘されたことのある人、もしくは近親者に先天性免疫不全症者がいる人
- (4) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患および血液疾患などの基礎疾患のある人
- (5) 過去に予防接種を受けたとき、2日以内に発熱、全身性の発疹、じんましんなどのアレルギーを疑う症状のみられた人、また、そのおそれがある人
- (6) 過去にけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある人

### 5 予防接種を受けた後の一般的注意事項

- (1) 予防接種を受けた後30分間は、急な副反応(冷汗が出る、めまい、顔面蒼白、手足が冷たくなる、意識の消失)が起こることがあります。医師(医療機関)とすぐに連絡を取れるようにしておきましょう。
- (2) 入浴は差し支えありませんが、注射した部位を強くこすることはやめましょう。
- (3) 接種当日はいつもどおりの生活をしてかまいませんが、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

### 6 予防接種健康被害救済制度について

予防接種では健康被害(病気になったり障害が残ったりすること)が起こることがあります。予防接種によって健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく救済(医療費・障害年金の給付など)受けられます。申請に必要な手続きについては、市町村へご相談ください。