

2026年度福山市高齢者带状疱疹予防接種予診票

|      |     |              |                      |
|------|-----|--------------|----------------------|
| 住 所  | 福山市 | 診察前の体温       | 度 分                  |
| フリガナ |     | 生年月日<br>(年齢) | 大正・昭和 年 月 日<br>(満 歳) |
| 名前   |     | 性別           | 男・女                  |
|      |     | 電話番号         | ( ) -                |

\*次の書類により市民であることを確認してください。○資格確認書・受給者証 ○マイナンバーカード ○免許証 ○その他公的書類  
福山市内の医療機関において次のいずれかの書類を確認した場合は、確認した書類の番号を右欄に記入してください。

- ① 市民税非課税世帯の「証明書(医療機関用)」
- ② 介護保険の「納入通知書(保険料額決定通知書または保険料額変更通知書)」(保険料段階が第1~3段階のものに限る。)
- ③ 「後期高齢者医療資格確認書」(適用区分が「区Ⅰ」又は「区Ⅱ」に限る。)(又はオンライン資格確認での確認も可)
- ④ 生活保護世帯の人で、「休日・夜間等受診票」(接種日時点で、有効であるもの)
- ⑤ 中国残留邦人等の支援給付受給世帯の人で、写真付きの「本人確認証」(接種日時点で、有効であるもの)

|   |
|---|
| 番号記入欄   |
|  |

| 質 問 事 項  | 回 答 欄 |     | 医師記入欄 |
|--|-------|-----|-------|
| 带状疱疹予防接種を受けたことがありますか。  | はい    | いいえ |       |
| (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・接種日を記載してください。ワクチンの種類はいずれかを選択してください。<br>(ア) シングリックス(組換えワクチン) (イ) 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ビケン」(生ワクチン) | (ア)   | (イ) |       |
| 今日の带状疱疹の予防接種について、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。病名( )   | はい    | いいえ |       |
| 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よいと言われましたか。  | はい    | いいえ |       |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。<br>(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 |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具合の悪い症状を書いてください。( )  | はい    | いいえ |       |
| 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 |       |
| 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。<br>予防接種の種類( )   | はい    | いいえ |       |
| ひきつけ(けいれん)を起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。予防接種の種類( )   | はい    | いいえ |       |
| 心臓病、じん臓病、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<br>病名( )   | はい    | いいえ |       |
| 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 |       |
| 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。<br>病名( )  | 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注射を受けましたか。  | 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) *どちらかを○で囲む。<br>本人に対して、予防接種の効果や目的、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。 |
|       | 医師署名又は記名押印 <span style="float: right;">印</span>  |

|   |   |
|---|---|
| 該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 60歳以上65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がいがある者である。<br><input type="checkbox"/> (組換えワクチンの接種間隔) 疾病又は治療により、免疫不全である、免疫機能が低下した、免疫機能が低下する可能性があるもの等に該当するため、早期接種が必要と判断し、1か月以上2か月未満の接種間隔で接種する。 |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>带状疱疹予防接種希望書</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、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。   | 接種を( <b>希望します・希望しません</b> )<br>*どちらかを○で囲む。   |
| 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。<br>このことを理解の上、この予診票が福山市に提出されることに同意します。                                   | 本人署名<br>※必須(代理人による代筆記名の場合も含む。)              |
| ※本人が署名できない場合は、家族等の代筆者が本人の意思を確認し、本人の意思に反することなく、本人署名欄に <b>本人の名前</b> を代筆記名し、右欄に代筆者の名前及び本人との続柄を記載してください。 | 代筆者名前 <span style="float: right;">続柄</span> |

| ワクチン名・ロット番号                             | 接種方法・接種量         |                                    | 実施医療機関名・医師名・接種年月日                   |
|---|------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No.<br>※シール貼付け可<br>有効期限を確認 | シングリックス<br>筋肉内注射 | 乾燥弱毒性生水痘ワクチン「ビケン」<br>皮下注射<br>0.5ml | 実施医療機関名<br>医 師 名<br>接 種 年 月 日 年 月 日 |

\* この予診票は、福山市保健予防課で保管します。