

栃木市高齢者肺炎球菌

対象者：65歳の者及び60歳から64歳で裏面②に該当する者

高齢者肺炎球菌 予防接種予診票		市使用欄 (記入禁止)		栃木市役所 臨時	
住所	栃木市 町 ※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。				
予防接種番号					診察前の体温 度 分
フリガナ	生年月日 昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 (満 歳 か月)				
氏名					
性別	男 ・ 女			電話番号	
質問事項			回答欄		医師記入欄
肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。 それは、いつですか。 接種日(年 月 日)			はい	いいえ	
今日の肺炎球菌予防接種について、栃木市が作成した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() 治療(投薬など)を受けていますか。 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	
免疫不全と診断されたことがありますか。			はい	いいえ	
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。()			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	
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() 接種日(月 日)			はい	いいえ	
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()			はい	いいえ	
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、病気にかかりましたか。 病名()			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	<p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。 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。 <予防接種依頼書(裏面)記載の対象者のうち、②に該当すると判断した場合> 理由()</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>				
<p>高齢者肺炎球菌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。) 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。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)。※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 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。このことを理解の上、本予診票が栃木市に提出されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日 被接種者自署</p> <p style="text-align: center;">代筆者署名(家族等) (続柄:)</p> <p style="text-align: center;">自署できない場合は代筆者が被接種者氏名を署名し、あわせて代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。</p>					
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名		接種年月日	
ワクチン名 Lot No.	皮下注射 ・ 筋肉注射 (○で囲んでください) 0.5ml			令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 ※(例)3月に接種した場合、「03」と記入してください。	
有効期限が切れていないか要確認					

栃 市 健 号 外
令和6年4月1日

予 防 接 種 医 様

栃木市長
(公 印 省 略)

栃木市高齢者用肺炎球菌予防接種依頼書

栃木市が実施する予防接種法に基づく標記の予防接種を下記の者が受けられますよう依頼申し上げます。

なお、当該予防接種に起因する健康被害が生じた場合、本市が救済処置いたします。

記

対 象 者

- ①年齢65歳で栃木市に住所のある方
- ②接種時60歳以上65歳未満で栃木市に住所のある方であって、心臓、腎臓、呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がいをもつ方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がいをもつ方（身体障害者手帳1級程度の方）

- ※ 過去に高齢者用肺炎球菌（23価）ワクチンを一度でも接種したことがある場合は、予防接種の対象外となります。
（2回目の接種について、助成はありませんが、5年の間隔を開ければ接種は可能です。）
- ※ ①または②の者であって、本人が接種を希望する場合のみ該当となります。
（本人の意思表示がなければ、接種は受けられません。）
- ※ ②に該当する場合は、身体障害者手帳1級のコピー又は、予診票に医師の理由の記入が、必要となります。
- ※ 定期接種は、予防接種法に基づき生涯1回のみ該当となります。

【お問い合わせ先】

栃木市保健福祉部 健康増進課 感染症対策係
栃木市今泉町2-1-40
（栃木保健福祉センター内）
TEL 0282（25）3512

栃木市高齢者肺炎球菌予防接種済証

住所	栃木市 町		
	※接種日に、転出または対象年齢を過ぎている場合は、この予診票は使用できません。		
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名			(満 歳 か月)
性別	男 ・ 女	電話番号	

1. 予防接種を行った年月日

令和 年 月 日

2. 使用ワクチン

メーカー名

ロットNo.

用量

上記の通り実施したことを証明します。

栃木県

栃木市長
(公印省略)

令和 年 月 日

実施医療機関所在地

実施医療機関名

実施医師名

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]