

# 明石市高齢者帯状疱疹予防接種予診票

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 診察前の体温 | 度 | 分 |
|--------|---|---|

|      |       |     |            |
|------|-------|-----|------------|
| 住 所  |       |     |            |
| 氏 名  |       | 電 話 | — — 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。                                                                                                       | はい                                    | いいえ |                                                                                                          |
| 【今回の接種が2回目以降の場合】<br>前回接種したワクチンの種類、接種年月日を記載してください。<br>(注) ワクチンの種類は1.シングリックス(不活化ワクチン)、2.ビケン(生ワクチン)、3.その他 のうち、いずれか一つを○で囲んでください。 | 1.シングリックス<br>2.ビケン 3.その他<br><br>年 月 日 |     | <div><input type="checkbox"/></div> <div>チェック必須</div> <div>※1回目から2か月以上経過しているまたは医師の判断により1か月以上に短縮する。</div> |
| 今日の帯状疱疹の予防接種について明石市から配られている説明書を読み、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。<br>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。<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。<br>予防接種の種類 ( )                                                                                            | 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。<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)<br>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。<br><div>医師署名又は記名押印</div> |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 使用ワクチン           | 接種方法          |                                  | 実施場所・医師名・接種年月日                  |
|------------------|---------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ワクチン名<br>Lot No. | 接種量<br>0.5 ml | 筋肉内注射<br>(シングリックス) 皮下注射<br>(ビケン) | 実 施 場 所<br>医 師 名<br>接種年月日 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、本予診票が明石市に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_  
(※自署でき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)

# 高齢者带状疱疹予防接種 明石市指定医療機関

| 地区 | ビケン(生)・シングリックス(不活化)<br>両方取扱あり | 電 話      |     |                             |          |     |                                          |                        |     |
|----|-------------------------------|----------|-----|-----------------------------|----------|-----|------------------------------------------|------------------------|-----|
| 明石 | あ さ ぎ り 病 院                   | 912-7575 | 明石  | 藤 本 ク リ ニ ッ ク               | 928-9566 | 魚住  | 近 藤 内 科 ・ 胃 腸 科                          | 943-7500               |     |
|    | さ か ね ク リ ニ ッ ク               | 919-0377 |     | 尾 松 医 院                     | 923-6737 |     | 鈴 木 内 科 ク リ ニ ッ ク                        | 942-8811               |     |
|    | 佐 野 医 院                       | 912-7450 |     | 千 頭 医 院                     | 922-2403 |     | 正 井 医 院                                  | 946-3536               |     |
|    | 清 水 メ デ ィ カ ル ク リ ニ ッ ク       | 918-3799 |     | 藤 井 ク リ ニ ッ ク               | 927-5522 |     | 大 国 ク リ ニ ッ ク                            | 948-3900               |     |
|    | 明 舞 中 央 病 院                   | 917-2020 |     | 山 本 整 形 外 科                 | 925-5001 | 二見  | 私立二見レディースクリニック                           | 942-1783               |     |
|    | 吉 田 医 院                       | 917-3336 |     | 井 上 外 科 胃 腸 科               | 922-3595 |     | ひ ま わ り 診 療 所                            | 941-5725               |     |
|    | 木 村 産 婦 人 科 医 院               | 912-8283 |     | さ さ き ク リ ニ ッ ク             | 925-7333 |     | 明 石 回 生 病 院                              | 942-3555               |     |
|    | 阿 部 医 院                       | 913-6370 |     | 竹 田 内 科 ク リ ニ ッ ク           | 921-5151 |     | 太 田 ク リ ニ ッ ク                            | 949-0388               |     |
|    | 川 原 内 科                       | 912-2060 |     | 西 明 石 ク リ ニ ッ ク             | 922-5510 | 地区  | 博 愛 産 科 婦 人 科                            | 941-8803               |     |
|    | 西 山 ク リ ニ ッ ク                 | 911-6652 |     | 西 明 石 佐 々 木 皮 膚 科           | 939-7570 |     | 新 丸 ク リ ニ ッ ク                            | 943-9090               |     |
|    | 橋 本 ファ ミ リ ー ク リ ニ ッ ク        | 913-7615 |     | 櫛 木 医 院                     | 923-9589 |     | 地区                                       | ビケン(生)のみ<br>取扱あり       | 電 話 |
|    | 江 本 内 科 循 環 器 科 医 院           | 919-0626 |     | 米 田 ク リ ニ ッ ク               | 925-2227 | 明石  | さ か い 内 科 ・ 胃 腸 科                        | 917-5755               |     |
|    | に し む ら ク リ ニ ッ ク             | 911-4959 |     | 明 海 病 院                     | 922-8800 |     | ひ か り ク リ ニ ッ ク                          | 919-0366               |     |
|    | 石 井 病 院                       | 918-1655 |     | こ う ク リ ニ ッ ク               | 940-8603 |     | あ さ ひ 病 院                                | 924-1111               |     |
|    | う え の 内 科                     | 939-3500 |     | 朋 ク リ ニ ッ ク                 | 923-3456 |     | 日 下 医 院                                  | 928-3472               |     |
|    | あ き こ レ デ ィ ー ス ク リ ニ ッ ク     | 965-6563 | 大久保 | 永 本 医 院                     | 928-3399 | 大久保 | 中 谷 整 形 外 科 ・ 内 科 ク リ ニ ッ ク              | 934-6100               |     |
|    | 中 務 医 院                       | 918-2151 |     | 織 田 ク リ ニ ッ ク               | 926-6650 |     | 神 明 病 院                                  | 935-9000               |     |
|    | 田 路 医 院                       | 918-1258 |     | か ま だ ク リ ニ ッ ク             | 920-2910 |     | 三 幸 診 療 所                                | 937-8460               |     |
|    | 飯 村 医 院                       | 911-3495 |     | 関 内 科 医 院                   | 928-5993 | 魚住  | 中 山 ク リ ニ ッ ク                            | 935-6060               |     |
|    | 奥 野 消 化 器 内 科 ク リ ニ ッ ク       | 919-6900 |     | ふ く や ま ・ す こ や か ク リ ニ ッ ク | 924-0500 |     | 鈴 木 産 婦 人 科 医 院                          | 947-4882               |     |
|    | さ え き 耳 鼻 咽 喉 科               | 911-8800 |     | 高 野 内 科                     | 935-7557 |     | 平 野 医 院                                  | 947-0505               |     |
|    | 朝 原 ク リ ニ ッ ク                 | 917-3838 |     | た な か 内 科 ク リ ニ ッ ク         | 935-1181 | 地区  | 地区                                       | シングリックス(不活化)のみ<br>取扱あり | 電 話 |
|    | よ こ た 内 科 ク リ ニ ッ ク           | 915-0377 |     | 神 明 ク リ ニ ッ ク               | 938-1717 |     | 浜 口 ひ 尿 器 科                              | 911-6030               |     |
|    | 熊 谷 皮 フ 科                     | 913-0250 |     | て い ク リ ニ ッ ク               | 936-4145 |     | 王 子 ク リ ニ ッ ク                            | 924-1221               |     |
|    | 花 川 医 院                       | 912-2770 |     | 中 村 ク リ ニ ッ ク 外 科 ・ 胃 腸 科   | 938-0477 |     | そ う の ク リ ニ ッ ク                          | 926-1585               |     |
|    | 明 石 市 立 市 民 病 院               | 912-2323 | 大久保 | ま え か わ 内 科 ク リ ニ ッ ク       | 934-2550 | 明石  | 吉 見 皮 フ 科                                | 928-4649               |     |
|    | さ く ら い 内 科 ク リ ニ ッ ク         | 924-7111 |     | お お く ま 内 科 胃 腸 科           | 936-0051 |     | 室 谷 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク                    | 928-0233               |     |
|    | 阪 田 整 形 外 科 リ ハ ビ リ ク リ ニ ッ ク | 926-1118 |     | 美 保 ・ 英 利 内 科 医 院           | 935-2022 |     | 杜 医 院                                    | 922-7775               |     |
|    | 山 本 内 科                       | 922-8121 |     | ゆ か 皮 フ 科 ク リ ニ ッ ク         | 915-8400 | 大久保 | あ ん ど う 消 化 器 内 科<br>I B D ク リ ニ ッ ク     | 926-0331               |     |
|    | い ま ふ じ 内 科 ク リ ニ ッ ク         | 925-7150 |     | 江 井 島 病 院                   | 947-5311 |     | お か 内 科 循 環 器 科                          | 936-8822               |     |
|    | ふ く や ま 病 院                   | 927-1514 |     | お く ず み 医 院                 | 947-4003 |     | ゆ り の き 内 科                              | 938-0500               |     |
|    | 王 子 回 生 病 院                   | 928-9870 |     | シ ー サ イ ド ク リ ニ ッ ク         | 948-5731 |     | き よ し ク リ ニ ッ ク                          | 936-0317               |     |
|    | 片 平 ク リ ニ ッ ク                 | 919-2353 |     | ふ じ た 脳 神 経 内 科             | 946-0050 | 魚住  | 岡 医 院                                    | 935-8888               |     |
|    | た か し な 内 科 小 児 科 ク リ ニ ッ ク   | 918-1136 | 魚住  | 野 木 病 院                     | 947-7211 |     | み ん な の ク リ ニ ッ ク 明 石                    | 943-3450               |     |
|    | 日 野 医 院                       | 911-2910 |     | 戸 田 内 科 ・ 脳 神 経 内 科         | 947-5575 |     | 明 石 同 仁 病 院                              | 942-0305               |     |
|    | 糖 尿 病 内 科 む ら え ク リ ニ ッ ク     | 915-7102 |     | 平 崎 内 科 循 環 器 科 ク リ ニ ッ ク   | 959-8326 |     | し ば は ら 整 形 外 科<br>ス ポ ー ツ 関 節 ク リ ニ ッ ク | 947-0808               |     |
|    | や す お 脳 神 経 外 科 ク リ ニ ッ ク     | 925-7171 |     | 明 石 仁 十 病 院                 | 942-1921 |     | 繁 田 医 院                                  | 942-1004               |     |
|    |                               |          |     | 小 山 ク リ ニ ッ ク               | 944-0356 | 二見  | R7.5 時点                                  |                        |     |

R7.5 時点

※ やむを得ない事情で指定医療機関が一部変更する場合がありますので、必ず電話でご確認ください。

※ 医療機関によって、かかりつけとなっている患者さんのみの受付になる場合があります。