

# 高齢者肺炎球菌予防接種予診票

## 高齢者肺炎球菌预防接种问卷

- ・経過措置とは  
当該年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳となる人。
- ・60歳～64歳とは  
心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいのある当該年齢の人。

(消えないボールペンを使用し、太枠内を読みやすい字で記入してください。)  
(使用不可消去的圆珠笔，请在粗框内用清晰的文字填写。)

対象者	支払区分	予診年月日(未接種者のみ記入)
経過措置	60～64歳	減免 予診
		年 月 日

住所 地 址	春日井市					TEL 電話	-	-
ふりがな 平 假 名		男・女	生年 月 日 出生 年月	年	月	日	満 歳 満 岁	
氏 名 姓 名								
			診察前の体温 診断前之体温:		度	分		

\*回答欄グレーに該当する場合は、医師記入欄に  
確認済と分かるように記載してください。

質問事項 提 問 項 目	回 答 欄 回 答 栏	医師記入欄 医生填写栏
1 今までに肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の予防接種を受けたことがありますか (「はい」の場合は定期接種はできません) 至今为止曾有接种过肺炎球菌疫苗(肺炎杆菌NP)的预防接种吗?(如回答“是”时,就不能接受定期接种)	いいえ 否	は い 是
2 「高齢者肺炎球菌予防接種(接種を受ける方へ)」を読んで、今日の予防接種の効果や副反応についてよく理解していますか 是否阅读了“高齢者肺炎球菌预防接种(致接受接种者)”、并已能很好的理解了对今天的预防接种的效果和副作用?	は い 是	いいえ 否
3 現在、何か病気にかかっていますか現在有患什么疾病吗? 「はい」の人のみ仅适用回答“是”的人 病名を書いてください请填写病名 ( ) 治療(投薬など)を受けていますか是否在接受治疗(吃药等)? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?	いいえ 无	は い 有
4 今日、身体に具合の悪いところがありますか今天、身体是否有不舒服? 具体的な症状を書いてください请填写具体的症状 ( )	いいえ 否	は い 是
5 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 最近一个月内有发过热、生过病吗? 病名を書いてください请填写病名 ( )	いいえ 无	は い 有
6 1か月以内に予防接種を受けましたか一个月以内有否预防接种过吗? 予防接種名预防接种疫苗的名称( ) 日期日付( 月 日)	いいえ 否	は い 是

7	今までに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などにかかったことがありますか 至今为止是否曾得过心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾病等?	いいえ 否	はい 是	
	「はい」の人のみ仅适用回答“是”的人 病名を書いてください请填写病名 ( ) その病気の主治医には今日の予防接種を受けても良いといわれましたか 该疾病的主治医生是否认为今天可以预防接种?	はい 是	いいえ 否	
8	今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか 至今为止是否曾发生过痉挛(抽搐)?	いいえ 否	はい 是	
9	今までに免疫不全と診断されたことがありますか 至今为止是否曾被诊断为免疫不全?	いいえ 否	はい 是	
10	今日の予防接種について質問がありますか关于今天的预防接种是否还有疑问 ( )	いいえ 无	はい 有	
医師記入欄 医生填写栏 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 説明をしました。 医師署名(自署、姓名)又は記名押印(ゴム印+朱肉印)		体温37.5℃以上 で接種した理由		見合わせ理由
ワクチンロット番号	注射の種類別	接種量	実施場所・接種医師名	接種年月日
Lot No. <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 10px; padding: 2px;">ロットシール貼付</span>	皮下注射 ・ 筋肉注射	0.5ml		令和 年 月 日

高齢者肺炎球菌予防接種希望者(医師の診察後に記入してください。)

高齢者肺炎球菌预防接种希望者(请在医生检查后填写。)

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)

接受了医师的检查及说明，在理解了预防接种的效果和目的、严重的副作用的可能性等之后，希望接种吗?(希望接种・不希望接种)

本予診票は、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、本予診票が春日井市に提出されることに同意します。また、過去に高齢者肺炎球菌の予防接種を受けていたことが判明した場合は、接種費用を全額自己負担することに同意します。

本問卷的目的是为了确保预防接种的安全性。在理解的基础上，同意向市政府提交本问卷。

另外，如查到我在过去曾接受过高龄者肺炎球菌的预防接种时，我同意全额支付预防接种费用。

被接種者署名接种者签名

被接種者が自署できない場合は、代筆者が上記の被接種者署名の記入と、次の代筆者署名及び被接種者との続柄を記入してください。

接种者不能自己签名时，请代笔者填写上述接种者签名后，并在下方签署代笔者姓名及与接种者的关系。

代筆者署名代笔者签名

続柄关系