

# ●年度成人用肺炎球菌疫苗预防接种预诊单



接受接种的人员请在诊察前将粗线框内填写完毕

诊察前的体温	. 度		
住 址	横滨市 区		
注音假名		联系方式:	- -
姓 名		男 · 女	医疗机构确认栏 打勾(✓)
生 日	年	月	日生 (满 岁)
障碍的种类 (60岁以上 65岁未滿的人员患有相当于1级的障碍之时, 在相符的选项上画○) 心脏 · 肾脏 · 呼吸器官 · 人类免疫缺陷病毒造成的免疫功能障碍			确认年龄 (保险证等)
			残障者手册
			诊断书

免除自行承担对象人员 医疗机构确认栏 (利用以下其中之一的资料进行确认, 在编号上画○。1~5 随附复印件, 6 及 7 随附原件。)

1 “介护保险费额决定通知书”、“介护保险费额通知书”	5 “本人确认证” (滞留中国侨民等人员)
2 “介护保险负担限度认定证”	6 “高龄者流感预防接种免除自行承担对象人员确认书”
3 “后期高龄者医疗限度额适用、标准负担额认定证”	7 “生活保护领取证明书”
4 “节假日、夜间等诊疗请求证”、“生活保护费发放证”	8 “生活保护法医疗券”

确 认 事 项	回 答 栏		医师填写 栏
关于今日的肺炎球菌疫苗预防接种, 是否阅读了横滨市发放的说明书 (通知)?	是	否	
是否理解了今日将要进行的预防接种的效果和不良反应等?	是	否	
目前是否患有某种疾病? 疾病名称 ( )	是	否	
是否真正接受治疗 (服药等)?	是	否	
该疾病的主治医师是否同意接受今日的预防接种?	是	否	
是否曾经被诊断为免疫缺陷?	是	否	
今日是否感到身体不适? 请填写感到不适的症状。( )	是	否	
是否曾经接受过肺炎球菌疫苗预防接种? 如果接受过, 那是何时? ( 年 月 ) 当时是否出现过身体不适的情况?	是	否	
接受肺炎球菌疫苗以外的预防接种时, 是否出现过身体不适的情况?	是	否	
是否出现过抽搐 (痉挛)?	是	否	
最近1个月以内是否接受过预防接种? 预防接种的种类 ( )	是	否	
是否曾经患心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾患等慢性疾患? 疾病名称 ( )	是	否	
对该疾病进行诊断的医师是否同意接受今日的预防接种?	是	否	
最近1个月以内是否出现发烧, 是否曾经患病? 疾病名称 ( )	是	否	
关于今日的预防接种是否存在疑问?	是	否	

医师填写栏	根据以上问诊及诊察的结果, 判断今日的 预防接种 ( 可实施 · 应停止 )。		
	对于本人, 就预防接种的效果、不良反应及医药品副作用受害救济制度进行了说明。		
医师签名 或 署名盖章 (盖章)			

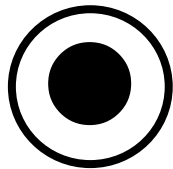
疫苗批号	注射方式	接种量	实施场所 · 医疗机构名称 · 医师姓名 · 接种日期
Lot No 确认疫苗有效期 <input type="checkbox"/>	皮下 · 肌肉内	0.5ml	实施场所 医疗机构名称 · 医师姓名 年 月 日

## 希望接受成人用肺炎球菌疫苗预防接种书 (请在根据医师的诊察结果, 判断可解性接种之后填写。)

接受了医师进行诊察和说明, 就预防接种的效果、目的及严重不良反应的可能性、医药品副作用受害救济制度等进行了理解的基础之上, 希望进行接种。  
本预诊单的目的是为了确保预防接种的安全性。在理解这一点的基础之上, 同意向横滨市提交本预诊票。

### 被接种者姓名 (签名 · 代填时署名)

※无法亲笔签名的人员, 由代填人员填写接受接种的人员的姓名, 并填写右侧内容。 代填人员姓名 \_\_\_\_\_ 与接受接种的人员的关系 ( \_\_\_\_\_ )



# ●年度成人用肺炎球菌疫苗预防接种预诊单



接受接种的人员请在诊察前将粗线框内填写完毕

诊察前的体温	. 度		
住 址	横滨市 区		
注音假名		联系方式:	- -
姓 名		男 · 女	医疗机构确认栏 打勾(✓)
生 日	年 月 日生 (满 岁)		确认年龄 (保险证等)
障碍的种类 (60岁以上 65岁未滿的人员患有相当于1级的障碍之时, 在相符的选项上画○) 心脏 · 肾脏 · 呼吸器官 · 人类免疫缺陷病毒造成的免疫功能障碍			残障者手册
免除自行承担对象人员 医疗机构确认栏 (利用以下其中之一资料进行确认, 在编号上画○。1~5 随附复印件, 6及7 随附原件。)			诊断书
1 “介护保险费额决定通知书”、“介护保险费额通知书”	5 “本人确认证” (滞留中国侨民等人员)		
2 “介护保险负担限度认定证”	6 “高龄者流感预防接种免除自行承担对象人员确认书”		
3 “后期高龄者医疗限度额适用、标准负担额认定证”	7 “生活保护领取证明书”		
4 “节假日、夜间等诊疗请求证”、“生活保护费发放证”	8 “生活保护法医疗券”		

确 认 事 项	回 答 栏		医师填写 栏
关于今日的肺炎球菌疫苗预防接种, 是否阅读了横滨市发放的说明书(通知)?	是	否	
是否理解了今日将要进行的预防接种的效果和不良反应等?	是	否	
目前是否患有某种疾病? 疾病名称 ( )	是	否	
是否真正接受治疗(服药等)?	是	否	
该疾病的主治医师是否同意接受今日的预防接种?	是	否	
是否曾经被诊断为免疫缺陷?	是	否	
今日是否感到身体不适? 请填写感到不适的症状。( )	是	否	
是否曾经接受过肺炎球菌疫苗预防接种? 如果接受过, 那是何时? ( 年 月 ) 当时是否出现过身体不适的情况?	是	否	
接受肺炎球菌疫苗以外的预防接种时, 是否出现过身体不适的情况?	是	否	
是否出现过抽搐(痉挛)?	是	否	
最近1个月以内是否接受过预防接种? 预防接种的种类 ( )	是	否	
是否曾经患心脏病、肾脏病、肝脏病、血液疾患等慢性疾患? 疾病名称 ( )	是	否	
对该疾病进行诊断的医师是否同意接受今日的预防接种?	是	否	
最近1个月以内是否出现发烧, 是否曾经患病? 疾病名称 ( )	是	否	
关于今日的预防接种是否存在疑问?	是	否	

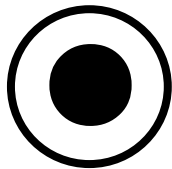
医师填写栏	根据以上问诊及诊察的结果, 判断今日的 预防接种 ( 可实施 · 应停止 )。		
	对于本人, 就预防接种的效果、不良反应及医药品副作用受害救济制度进行了说明。		
医师签名 或 署名盖章 (盖章)			
疫苗批号	注射方式	接种量	实施场所 · 医疗机构名称 · 医师姓名 · 接种日期
Lot No 确认疫苗有效期 <input type="checkbox"/>	皮下 · 肌肉内	0.5ml	实施场所 医疗机构名称 · 医师姓名 年 月 日

## 希望接受成人用肺炎球菌疫苗预防接种书 (请在根据医师的诊察结果, 判断可解性接种之后填写。)

接受了医师进行诊察和说明, 就预防接种的效果、目的及严重不良反应的可能性、医药品副作用受害救济制度等进行了理解的基础之上, 希望进行接种。  
本预诊单的目的是为了确保预防接种的安全性。在理解这一点的基础之上, 同意向横滨市提交本预诊票。

### 被接种者姓名 (签名 · 代填时署名)

※无法亲笔签名的人员, 由代填人员填写接受接种的人员的姓名, 并填写右侧内容。 代填人员姓名 \_\_\_\_\_ 与接受接种的人员的关系 ( \_\_\_\_\_ )



# ●年度成人用肺炎球菌疫苗预防接种完毕证明

住 址	横滨市 区		
注音假名		联系方式:	— —
姓 名		男 · 女	
生 日	年	月	日生 (满 岁)

## 1 接受预防接种后的一般注意事项

- (1) 接种后 30 分钟内, 有可能突然出现不良反应, 因此, 请确保能够立即与医师取得联系。
- (2) 可以入浴, 但请勿用力搓洗注射部位。
- (3) 接种当日请避免剧烈运动和大量饮酒。

## 2 进行成人用肺炎球菌疫苗预防接种后的注意事项

23 价肺炎球菌疫苗从接种之后至产生抗体(免疫)为止, 约需 3 周时间。

偶尔会出现接种部位发红、肿胀、发热、疼痛症状, 但通常情况下 2~3 日自愈。此外, 出现疑似发烧、疲倦等身体状况变化之时, 请立即向医师进行咨询。

并且, 如果 5 年以内再次进行接种, 注射部位的疼痛等有时会较重, 考虑今后作为任意接种再次进行接种的人员, 请间隔 5 年以上, 向医师咨询之后在进行。

## 3 关于预防接种完毕证明

本“成人用肺炎球菌疫苗预防接种完毕证明”是用于证明接受了横滨市实施的成人用肺炎球菌疫苗接种的资料。也是用于确认接种记录的资料, 请妥善进行保管。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

横 滨 市 长

疫苗批号	注射方式	接种量	实施场所·医疗机构名称·医师姓名·接种日期
Lot No 确认疫苗有效期 <input type="checkbox"/>	皮下·肌肉内	0.5ml	实施场所 医疗机构名称·医师姓名 年 月 日

注: 关于实施场所、医疗机构名称、医师姓名, 也可盖章。