

帯状疱疹予防接種依頼書発行申請に関する確認事項

下記の質問項目に該当箇所に○で囲んでお答えください。

質問項目	回答欄	
1. 今までに任意で帯状疱疹予防接種を受けたことはありますか。	はい	いいえ
2. 現在、副腎皮質ステロイド剤、免疫抑制剤使用の治療を受けていますか。	はい	いいえ
3. 最近で輸血・ガンマグロブリン製剤の治療を受けましたか。※1	はい	いいえ
4.接種希望のワクチンの種類を選択してください。	不活化 シングリックス	生 ビケン
5.保険証の種類を記入してください。		

質問 1.で「はい」と答えた方は助成の対象外となります。

質問 2・3 で「はい」と答えた方は不活化ワクチンの接種となります。

※1 輸血・ガンマグロブリン製剤の治療を受けた方は、水痘生ワクチンを接種するためには
3 か月（ガンマグロブリン製剤の多量投与：200 mg/kg 以上の場合は 6 か月）あける必要があります。

上記質問に同意の上、予防接種依頼書発行申請いたします。

年 月 日

申請者（代筆者）署名

（続柄）