

任意接種用

B型肝炎ワクチン予防接種 予診票

* 太枠内にご記入するか、○で囲んでください。

		診察前の体温		度	分
住所		TEL	()	-	
フリガナ	()	男	昭和・平成・令和	年	月 日生
受ける人の氏名		女	生年月日		
保護者の氏名			()	歳	ヵ月)

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種は何回目ですか。(今回: 回目) (前回接種日: 年 月 日)			
今日受ける予防接種についての説明を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
【接種を受けられる方がお子さんの場合】			
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。あれば具体的に書いてください。 ()	あった	なかった	
今日、体に具合の悪いところがありますか。(症状:)	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。(病名:)	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。(病名:)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。(病名:)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。(いつ:) (予防接種名:)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。(病名:)	はい	いいえ	
また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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。(最後: 年 月頃)	はい	いいえ	
その時、熱はありましたか。	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。 (薬・食品の種類:)	はい	いいえ	
天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、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。また交差反応を起こす食べ物(バナナ、キウイ、栗、アボガド、メロン等)により、具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	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はありますか。 (予防接種名・症状:)	はい	いいえ	
【ご婦人の方に】 今、妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください。(投薬状況など)			

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(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 本人または保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師の署名または記名押印 ()

保護者記入欄
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うえで、接種を希望しますか。 (受けます ・ 見合わせます) 保護者(もしくは本人)の署名 ()

使用ワクチン名	摂取量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
	皮下・筋肉内接種 □ 0.25ml: 10歳未満 □ 0.5ml: 10歳以上	〒940-0023 長岡市新町1-2-29 TEL: 0258-32-4884 太田こどもクリニック 医療法人社団: 太田クリニック 理事長: 太田裕 接種年月日:

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。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。