



ワクチン予診票

ウイルス 腸チフス 狂犬病 その他 ()

お名前 (フリガナ) 生年月日 年 月 日 (満 歳)

保護者の氏名

現住所 〒 性別: 男・女

TEL

診察前の体温

. °C

医師

《質問事項》

- 今日具合の悪いところがありますか
記入欄
いいえ はい ()
- 今までに上記ワクチンの予防接種を受けたことがありますか
はい: () ワクチン いいえ ()
- 現在何かの病気で医師にかかっていますか (気管支ぜんそくなど)
はい: 病名 () ない ()
- 最近 1 か月の間に何か病気にかかりましたか
はい: 病名 () ない ()
- 最近 1 か月以内に予防接種を受けましたか
はい: 予防接種名 () ない ()
- 今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
はい: 具体的に () ない ()
- 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、肺、血管疾患、免疫不全症、その他の病気) にかかり医師の診察を受けていますか
はい: 具体的に () ない ()
- 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
ある: (ころ 回くらい、最後は 月ごろ) ない ()
その時熱はでましたか
はい いいえ
- 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか
ある: 薬、食品名 () ない ()
- 最近 3 か月以内にステロイド剤を服用しましたか
はい: (いつ 理由) ない ()
- 最近 3 か月以内に抗がん剤、放射線治療を受けましたか
はい: (いつ 理由) ない ()
- 1 年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: (いつ 理由) ない ()
- その他健康、健康状態のことで医師に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)

《医師の記入欄》

医師の署名

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)

※上記ワクチンには日本では承認されていない輸入ワクチンも含まれております。未承認ワクチンの接種により健康被害が生じた場合は、国の「予防接種健康被害救済制度」また「医薬品副作用被害救済制度」等の適応となりませんのでこの点をご了承の上接種を受けてください。

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)

本人の署名 (保護者の氏名)

..... 年 月 日

A 型肝炎ウイルス・腸チフス・狂犬病・()

() 回目

LotNo

皮下・皮内・筋肉接種

0.5ml・() ml

実施場所:

医師名:

接種日時:

年 月 日 時 分