

予防接種予診票

任意接種用

接種ワクチン名	狂犬病 その他 (B型肝炎	A型肝炎	破傷風	日本脳炎)
---------	--------------	------	------	-----	-----------

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

(ふりがな) 受ける人の氏名		男・女	生年月日	大正	昭和	平成	(満	歳)
受ける人の住所 電話番号	電話番号			年	月	日		
(ふりがな) 保護者の氏名			体温	度	分			

質問事項	回答欄		医師確認欄
1. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
2. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
3. 今までに特別な病気 (心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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 病名 ()	はい	いいえ	
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いわれましたか	はい	いいえ	
4. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
5. ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
6. 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) 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	はい	いいえ	
7. これ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 予防接種名・症状 ()	はい	いいえ	
8. 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンを受けましたか	はい	いいえ	
9. <u>1カ月以内に他の医療施設で</u> 予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
10. <u>1カ月以内に</u> 家族や周囲で、はしか、風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどが いましたか 病名 ()	はい	いいえ	
11. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
12. (接種を受けられる方が小児の場合) 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下さい ()	はい	いいえ	
13. 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書いて下さい			

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、接種をご希望される場合はご署名ください

本人の署名 (もしくは保護者の署名)

※未成年の場合は保護者の署名が必須です

接種場所：福岡医療団 千代診療所

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は可能と判断します
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応について説明しました

接種日 (日/月/年) :

接種部位 :

担当医師署名

使用ワクチン名 ・ Lot.No