

A型肝炎・B型肝炎・破傷風・狂犬病・ 予防接種予診票

10歳未満 子供用

該当するワクチンを○で囲んでください。(複数ワクチンでも1枚で可)

住所		電話番号		度 分	
受ける人の氏名	ふりがな()	年齢	男 女	生年月日	
		歳		平成	年 月 日

質問事項	解答欄	医師記入欄
いつから、どこへ、どれくらいの期間滞在予定ですか	いつから 場所 期間 年 月 週間	
今日の予防接種について、効果や反応などの説明書を読んで理解しましたか	はい ・ いいえ	
今までに次のワクチンの接種をしたことがありますか 1. A型肝炎 はい(回) ・ いいえ 接種日:H 年 月 日 2. B型肝炎 はい(回) ・ いいえ 接種日:H 年 月 日 3. 破傷風 はい(回) ・ いいえ 接種日:H 年 月 日 4. 日本脳炎 はい(回) ・ いいえ 接種日:H 年 月 日 5. 狂犬病 はい(回) ・ いいえ 接種日:H 年 月 日		
最近一ヶ月以内に上記以外の予防接種をうけましたか	はい ・ いいえ ワクチン名: 接種日:	
今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	はい ・ いいえ ワクチン名:	
今日体に具合の悪いところはありますか または一ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	ある()・いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	ある()・いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか	ある()・いいえ	
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある: 歳頃 回くらい 最後は 年 月頃	
薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか	ある() いいえ	
最近6ヶ月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい ・ いいえ	
その他、健康状態など医師に伝えておきたいことや質問・相談があれば具体的に記入下さい(投薬状況など)		
接種ワクチンに関して相談はありますか	いいえ ・ はい	

本人記入欄(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で接種を希望されますか(接種を希望します ・ 接種を希望しません)	本人署名(もしくは保護者の署名)

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(可能 ・ 見合わせる)	
本人及び保護者に対して、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た。	
使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日
A型肝炎 0.5ml 右:上下 左:上下	実施場所: 溝口ファミリークリニック 医師名: 溝口 哲弘・溝口 優子・福沢嘉孝 接種日:
B型肝炎 10歳未満 0.25ml 右:上下 左:上下	
破傷風 0.5ml 右:上下 左:上下	
狂犬病 1.0ml 右:上下 左:上下	

※医師記入欄問題なければ記入なし

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみ使用します