

任意接種用予防接種予診票 大人用 (13歳以上の方はこの用紙をお使いください)

接種予定日時 年 月 日 () 時 分

| | |
|-------|---------------------------------------|
| 予防接種名 | 麻疹風疹混合 (MR) 水痘 おたふくかぜ 肺炎球菌 その他 () |
|-------|---------------------------------------|

| | | | |
|--|--------|---|---|
| | 診察前の体温 | 度 | 分 |
|--|--------|---|---|

| | | |
|----|--|----|
| 住所 | | 電話 |
|----|--|----|

| | | | |
|----|------|---|-------------|
| 氏名 | ふりがな | 男 | 生年月日 () 歳 |
| | | 女 | 大・昭・平 年 月 日 |

| | | |
|------|-----|-------|
| 質問事項 | 解答欄 | 医師記入欄 |
|------|-----|-------|

| | | |
|---|--------|--|
| 今日体に具合の悪いところがありますか。あれば具合の悪い症状を書いてください () | はい・いいえ | |
|---|--------|--|

| | | |
|------------------------|--------|--|
| 現在、何か病気にかかっていますか (病名) | はい・いいえ | |
|------------------------|--------|--|

| | | |
|--|--------|--|
| 治療 (投薬) などを受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもいいといわれましたか | はい・いいえ | |
|--|--------|--|

| | | |
|---|--------|--|
| 今までに心臓、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気にかかり医師の診察・治療を受けていますか (病名) | はい・いいえ | |
|---|--------|--|

| | | |
|--------------------------------|--------|--|
| 1か月以内に熱が出たり病気にかかったりしましたか (病名) | はい・いいえ | |
|--------------------------------|--------|--|

| | | |
|------------------------------|--------|--|
| 1か月以内に何か予防接種を受けましたか (予防接種名) | はい・いいえ | |
|------------------------------|--------|--|

| | | |
|--|--------|--|
| 薬や食べ物で皮膚に発疹が出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか (何で) | はい・いいえ | |
|--|--------|--|

| | | |
|----------------------------------|-------|--|
| けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか () 歳頃 | ある・ない | |
|----------------------------------|-------|--|

| | | |
|--|-------|--|
| 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) | ある・ない | |
|--|-------|--|

| | | |
|---------------------------|--------|--|
| 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい・いいえ | |
|---------------------------|--------|--|

| | | |
|-------------------------------|--------|--|
| 6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか | はい・いいえ | |
|-------------------------------|--------|--|

| | | |
|---------------------------|--------|--|
| (女性の場合) 現在妊娠している可能性がありますか | はい・いいえ | |
|---------------------------|--------|--|

| | | |
|--|--|--|
| その他、健康上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 () | | |
|--|--|--|

| | | |
|-------|--|--|
| 医師記入欄 | ・以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) ・本人に対してワクチンの効果・副反応および予防接種健康被害救済制度について説明した。 | |
|-------|--|--|

| | |
|-------|--|
| 医師サイン | |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 本人記入欄 | ・医師の診察・説明を受け、ワクチンの効果・副反応を理解しました。 ・以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。 (はい ・ いいえ) |
|-------|--|

| | |
|-------------------|--|
| 本人 (もしくは保護者) のサイン | |
|-------------------|--|

| | | |
|---------|-----|----------|
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名 |
|---------|-----|----------|

| | | |
|--|----|-------------|
| | ml | ハートクリニック南千住 |
|--|----|-------------|

| | | |
|-------|-----------|-----|
| 接種年月日 | 年 月 日 時 分 | 医師名 |
|-------|-----------|-----|