

予 防 接 種 予 診 票 (成人用)

接種を希望するワクチンにチェックをお願いします。

インフルエンザ 1回目 2回目 B型肝炎 1回目 2回目 3回目 麻しん 1回目 2回目
 おたふくかぜ 1回目 2回目 みずぼうそう 1回目 2回目 風しん 1回目 2回目

名前		男・女	生年月日		
			平成・昭和 (歳)	年	月
住所		TEL - -			

質問事項		回答欄		医師記入欄
1.	現在の体温は何度ですか？	度	分	
2.	今日は、ふだんと違って具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ	
3.	最近4週間以内に病気にかかりましたか？	はい	いいえ	
4.	1ヶ月以内に、麻疹・風疹・みずぼうそう・おたふくかぜなどの病気の方と明らかな接触がありましたか？	はい	いいえ	
5.	4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか？ (麻疹 風疹 ポリオ BCG おたふくかぜ みずぼうそう など)	はい	いいえ	
6.	1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか？ (4種混合、ヒブ、肺炎球菌、B型肝炎、日本脳炎、インフルエンザなど)	はい	いいえ	
7.	輸血あるいはガンマグロブリンの投与を3ヶ月(大量投与は6ヶ月)以内にうけましたか？	はい (年 月)	いいえ	
8.	今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか？	いる	いいえ	
9.	これまでにけいれんを起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
10.	これまでに予防接種を受けて具合悪くなったことがありますか？ 予防接種の名前 ()	はい	いいえ	
11.	薬や食品で、体の具合が悪くなったことがありますか？(蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫など)	はい(内容)	いいえ	
13.	今日の予防接種について質問はありますか？	はい	いいえ	
14.	その他、アレルギーの病気はありませんか？ 花粉症 (ある ない) 喘息 (ある ない) アトピー (ある ない) 食べ物や薬で蕁麻疹など (ある ない)			

医師記入欄 問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師のサイン

予診の結果を聞いて本日の予防接種をうけますか？ (はい・見合わせます) 本人のサイン

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名		
			実施場所	〒818-0134 福岡県太宰府市大佐野 2-24-24	
				日高小児科	
			医師名		
			接種年月日	平成	年 月 日