

予防接種 予診票

接種を希望される方へ：太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

住所	〒	診察前の体温	度	分
(フリガナ) 予防接種を受ける人の氏名	電話番号	()	—
生年月日	年 月 日	代理人(家族などの)の氏名	(男・女)	日生 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、説明文を読み、理解しましたか？	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？(予防接種の種類:)	はい	いいえ	
以前に、同じ種類のワクチンの接種を受けたことがありますか？ ○ワクチンの名前・時期 (ワクチン名: 、 年 月頃)	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？ ○具体的な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 () その病気で治療(投薬など)を受けていますか？ ○薬の名前・種類 ()	はい	いいえ	
心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか？ ○病名 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ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	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
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？ ○予防接種の名前 ()	はい	いいえ	
脾臓を摘出したことはありますか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	

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（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。

本人（またはその家族などの代理人）に対し、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済の有無について説明しました。医師の署名または記名押印]

本人(またはその家族などの代理人)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や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理解しました。

以上の内容に同意し、裏面に記載されている接種を希望しますか。（はい・いいえ）

本人（またはその家族などの代理人）の署名[(代筆者の場合：続柄)]

<国内ワクチン>

	ワクチン名		ワクチン名
<input type="checkbox"/>	麻しんワクチン □1回目 □2回目	<input type="checkbox"/>	A型肝炎ワクチン □1回目 □2回目 □3回目
<input type="checkbox"/>	風しんワクチン □1回目 □2回目	<input type="checkbox"/>	B型肝炎ワクチン □1回目 □2回目 □3回目
<input type="checkbox"/>	麻しん・風しん混合ワクチン □1回目 □2回目	<input type="checkbox"/>	破傷風トキソイド □1回目 □2回目 □3回目
<input type="checkbox"/>	ムンプスワクチン □1回目 □2回目	<input type="checkbox"/>	狂犬病ワクチン □1回目 □2回目 □3回目
<input type="checkbox"/>	水痘ワクチン □1回目 □2回目	<input type="checkbox"/>	不活化ポリオ □1回目 □2回目 □3回目
<input type="checkbox"/>	日本脳炎ワクチン □1回目 □2回目 □3回目	<input type="checkbox"/>	髄膜炎 □1回目

<輸入ワクチン>

	ワクチン名		ワクチン名
<input type="checkbox"/>	腸チフスワクチン □1回目	<input type="checkbox"/>	経口コレラ
<input type="checkbox"/>	狂犬病 □1回目 □2回目 □3回目		
<input type="checkbox"/>	成人用3種混合ワクチン □1回目 □2回目 □3回目		

使用ワクチン名	接種経路		実施場所・医師名・接種年月日
名称： 製造番号：	右・左 上・下	筋肉内・皮下 (接種量：0.5 mL)	医療機関名： 日本医科大学武蔵小杉病院 健康管理科 医師名： 接種年月日： 年 月 日
名称： 製造番号：	右・左 上・下	筋肉内・皮下 (接種量：0.5 mL)	
名称： 製造番号：	右・左 上・下	筋肉内・皮下 (接種量：0.5 mL)	
名称： 製造番号：	右・左 上・下	筋肉内・皮下 (接種量：0.5 mL)	
名称： 製造番号：	右・左 上・下	筋肉内・皮下 (接種量：0.5 mL)	
名称： 製造番号：	右・左 上・下	経口	