

予防接種問診票・同意書

※太枠内のご記入をお願いします。

						診察前の体温	℃	
氏名		生年月日	S・H	年	月	日	歳	男・女
住所	〒			TEL	()			
渡航先			出国日			滞在予定期間		
			年	月	日	日間		

質問事項	回答欄		医師記入
今日受ける予防接種についての説明書を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
今日、からだに具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状をご記入下さい ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友人に麻疹・風疹・水痘・おたふくの人がいましてか 病名 ()	はい	いいえ	
当院以外で、最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心血管・肝・腎疾患・脳神経・免疫不全症・その他)にかかり診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
医薬品や薬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	
卵やゼリー・グミ(ゼラチン)を接種して、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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 予防接種名 ()	はい	いいえ	
ご家族の中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	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン※の注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種についてご質問はありますか	はい	いいえ	

※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎等の感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

【以下クリニック使用欄】

接種ワクチン	<input type="checkbox"/> A型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 破傷風トキソイド	<input type="checkbox"/> 腸チフス	<input type="checkbox"/> 狂犬病	<input type="checkbox"/> 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> 髄膜炎	<input type="checkbox"/> ダニ脳炎	<input type="checkbox"/> メファキン錠 (抗マラリア予防薬)		<input type="checkbox"/> その他 ()	

予防接種の説明・問診の結果を聞いて、本日の予防接種を受けますか 受ける・見合わせる	【接種年月日】	年	月	日
	【本人署名】			

実施場所	医師名

使用ワクチン名/Lot.No/摂取量	使用ワクチン名/Lot.No/摂取量	使用ワクチン名/Lot.No/摂取量	使用ワクチン名/Lot.No/摂取量
右上 【ワクチン名】	右下 【ワクチン名】	左上 【ワクチン名】	左下 【ワクチン名】
【摂取量】 ml	【摂取量】 ml	【摂取量】 ml	【摂取量】 ml
【Lot.No】	【Lot.No】	【Lot.No】	【Lot.No】

患者ID _____



医療法人社団鐘鎖会

また内科医院