

# 予 防 接 種 問 診 表 (初回)

年 月 日

受ける人の 氏名		男 女	生年 月日	西暦 年 月 日	年齢 歳
-------------	--	--------	----------	-------------	---------

診察前の体温	℃
--------	---

質問事項	回答欄		医師記入欄
本日の体調はいかがですか？	良好	不良	
現在、何か病気にかかっていますか？ はいとお答えの方は病名と常用薬をお書きください。 病名( ) 薬剤名( )	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？ 病名( )	はい	いいえ	
最近一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、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症など)にかかり、医師に診察を受けたことがありますか？ 病名( )	はい	いいえ	
薬や食品(鶏肉、鶏卵 ゼラチン等)で発疹が出たり具合が悪くなったことがありますか？ 薬・食品名( )	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？ 時期( ) 予防接種名( ) 症状( )	はい	いいえ	
これまでに採血や献血をして具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
今までけいれん(ひきつけ)・てんかん発作を起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
ご家族やご親戚に免疫の病気の方がいますか？	はい	いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか？	はい	いいえ	
今日受ける予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか？(面談後にご記入いただきます)	はい	いいえ	

**本日受ける予防接種**

破傷風 DPT A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 狂犬病 腸チフス ポリオ 麻疹 風疹 MR  
 ムンプス 水痘 コレラ Hib 肺炎球菌プレペナー 4種混合 髄膜炎菌(メナクトラ)  
 その他( )

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 )	医師のサイン
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか ( はい ・ 見合わせる )	本人のサイン(保護者のサイン)

お支払い方法:( 窓口払い ・ 会社請求 )※会社請求の場合、下記にご記入お願い致します。  
 会社名: 住所: 〒  
 部署名: 氏名:

領収書の宛名にご希望はありますか？※宛先(氏名・会社名・部署名など)ご記入ください  
 上記請求先と同じ場合は○をつけて下さい( 同 )

裏面へ →

## 輸入ワクチンの接種を希望される方へ

### 本日受けていただく輸入ワクチン

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 青年用 DPT (Tdap)         | <input type="checkbox"/> 腸チフス           | <input type="checkbox"/> 狂犬病 (VERORAB) |
| <input type="checkbox"/> 経口不活化コレラ               | <input type="checkbox"/> A 型肝炎 (HAVRIX) |  |
| <input type="checkbox"/> 6種混合 (DPT+Hib+ポリオ+B 肝) |   | <input type="checkbox"/> ダニ脳炎          |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 4 価 (MPSV)        | <input type="checkbox"/> 髄膜炎4価 (MCV)    |  |

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けるワクチンがご自分の渡航先・赴任先で必要となるワクチンであることを理解していますか？	はい	いいえ	
このワクチンを接種しなかった場合、罹患しうる病気について理解していますか？	はい	いいえ	
このワクチンが海外では一般的に接種されているものの、日本ではまだ未承認であることを御存じですか？	はい	いいえ	
これら未承認ワクチンを個人輸入した医師が、自らの患者様の要請と同意を得て接種することは、認められていることをご存知ですか？	はい	いいえ	
今日受けるワクチンについての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか？	はい	いいえ	
このワクチン接種後に健康被害が発生した時、日本のワクチンに適応される『医薬品副作用被害者救済制度』の対象とならないことを御存じですか？	はい	いいえ	
それに代わるためにできた、『輸入ワクチン副作用被害救済補償制度』についての説明を受け理解しましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか？	ない	ある	
以上の項目を理解の上、輸入ワクチンを受けますか (はい・見合わせる)	御本人のサイン (保護者のサイン)		

<p>当院を何でお知りになりましたか？</p> <p>ホームページをみて ・ 知人からの紹介 ・ 勤務先からの紹介 ・ 学校からの紹介 ・ 保健所からの紹介</p> <p>旅行会社からの紹介 ・ その他( )</p>
--