

予 防 接 種 問 診 票 (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
現在、何か病気にかかっていますか？ 病名( ) 治療内容( ) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？ ( )	はい	いいえ	
今日身体に具合の悪いところがありますか？ 症状( )	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名( )			
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、その他)にかかり医師に診察を受けていますか？ 病名( )	はい	いいえ	
薬や食品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	
アレルギーの病気があると診断されたことがありますか？ 時期( )病名( )	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	
けいれん(ひきつけ)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？	はい	いいえ	

本日受ける予防接種

破傷風    DPT        DT        A型肝炎    B型肝炎    日本脳炎    狂犬病  
 ポリオ    麻疹        風疹       MR        ムンプス    水痘        子宮頸がん  
 Hib    肺炎球菌プレベナー    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)

## 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"/> ダニ脳炎          |
| <input type="checkbox"/> 6種混合 (DPT+Hib+ポリオ+B 肝) | <input type="checkbox"/> 髄膜炎4価 (MPSV)   |  |
| <input type="checkbox"/> 髄膜炎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>
--