

予 防 接 種 問 診 票 (2回目以降)

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
前回接種した予防接種後、副反応はありましたか？ 予防接種名 () 症状 ()	はい	いいえ	
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よいといわれましたか？ ()	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 ()	はい	いいえ	
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	
(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何か質問はありますか？	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	
<u>本日受ける予防接種</u> 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"/> 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)		

備考欄	
-----	--