

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
本日の体調はいかがですか？ (不良の場合の症状:)	良好	不良	
前回の予防接種の後、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() 使用中の薬()	はい	いいえ	
上記の他に1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に当院以外で受けた予防接種はありますか？ 予防接種名と接種日()	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・食品名および症状()	はい	いいえ	
上記以外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？ いつ() 予防接種名() 症状()	はい	いいえ	
これまでに注射や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	
(女性のみ) 現在妊娠していますか？ または妊娠の可能性はありますか？	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、効果や副反応および各種救済制度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	

本日受けるワクチン	破傷風	DPT	Tdap(輸)	A型肝炎(国 / 輸)	B型肝炎(国 / 輸)	
	A型肝炎 B型肝炎混合(輸)	日本脳炎	狂犬病(国 / 輸)	ポリオ	腸チフス(輸)	MR MMR(輸)
	水痘 おたふく	子宮頸がん(国 / 輸)	コレラ(輸)	ダニ脳炎(輸)	髄膜炎菌	B群髄膜炎菌(輸)
その他()	(国:国内承認済みワクチン、輸:輸入/未承認ワクチン)					

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) ※会社請求ご希望の方は必ず下記にご記入下さい。	
会社名:	住所:〒
部署名:	氏名:
<input type="checkbox"/> (← 前回と同じ場合はここにチェックいただくだけで構いません。)	

※窓口支払いの方は領収書の宛名(氏名・会社名など)をご記入ください。	
宛名:	<input type="checkbox"/> (← 前回と同じ場合はここにチェックいただくだけで構いません。)