

予防接種予診票 (成人用)

予防接種名

自費用

* ○をつけて下さい。→ 初回接種 ・ 追加接種(回目)
* 追加接種の方 → 前回接種日... 年 月 日

診察前体温 度 分

住所	TEL () -
(フリガナ)	男 生年月日 (歳)
受ける人の氏名	女 年 月 日

質問事項	いいえ	はい	医師記入欄
① 今日具合の悪いところがありますか？ (症状)			
② 最近1ヶ月以内に熱がでたり病気にかかったりしましたか？ ()			
③ 現在何か治療中の病気がありますか？ ()			
④ 現在何か薬をのんでいますか？ ()			
⑤ その病気の主治医には今日の予防接種をうけてもよいといわれましたか？			
⑥ 特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか？ (病名)			
⑦ 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？			
⑧ 薬や食品(特に卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたりからだの具合がわるくなったことがありますか？ (薬品・食品名)			
⑨ けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？(何歳頃)			
⑩ 4週間以内に、何か他の予防接種を受けましたか？ ()			
⑪ 今までに受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか？ (ワクチン名・症状)			

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(接種できる ・ 見合わせ) と判断します。

医師署名 または 記名捺印 _____ 印

受ける方の記入欄

予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種することを希望します。

ご本人署名 _____ 緊急連絡先(TEL) _____

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
ロット番号	皮下接種 ・ 筋肉内接種	茅ヶ崎中央病院
メーカー名	ml	医師名 : _____ 接種日時 : _____ 年 月 日