

ワクチン任意接種申込書・予診票

住所	〒		体温	度 分	
			TEL	() -	
フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳 月 か月)	
接種する人の氏名					

接種を希望されるワクチンの種類に○をしてください。	MR ・ おたふく ・ 水痘 ・ ロタテック ・ ロタリックス ・ BCG ・ 日本脳炎 狂犬病 ・ 破傷風 ・ 2種混合 ・ 3種混合 ・ 4種混合 ・ ポリオ ・ ヒブ 小児肺炎球菌 ・ A型肝炎 ・ B型肝炎 ・ 肺炎球菌 ・ 髄膜炎菌 HPV(サーバリックス・ガーダシル・シルガード) ・ インフルエンザ
---------------------------	---

質問事項	回答欄		医師記入欄
「予防接種の有効性や副反応について」の記載を読み理解しましたか？	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？ → 病名・具合の悪い箇所()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか？	はい	いいえ	
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？	いいえ	はい	
いままで特別な病気(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)にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来の)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか？ 薬品・食品名()	ある	ない	
この予防接種を受けたことがありますか？ 1 前回受けたのは(去年・ 年 月頃)	ある	ない	
2 その際に具合が悪くなったことはありますか？	ある	ない	
3 ほかの予防接種の際に具合が悪くなりましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
4 週間以内に何かの予防接種を受けましたか？ → 予防接種名()	はい	いいえ	
間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？	ある	ない	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	いる	いない	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか？	いる	いない	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの感染症の方がいましたか？	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	
(お子さんが接種される場合に) お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか？	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか？	はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか？	はい	いいえ	
今日のワクチン接種について他に質問はありますか？	ある	ない	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。	
(接種を希望する ・ 接種を希望しません)	本人(未成年者は保護者の)署名

医師記入欄		
以上診療及び診療の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)と判断します。 本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 <div style="text-align: right;">医師署名又は記名捺印</div>		
使用ワクチン名 Lot No:	接種部位	接種場所・医師名・接種日時 医療機関名： 医療法人路傍の森 市森クリニック・北千里こどもの森クリニック 医 師 名： 市 森 裕 章 接 種 日 時：