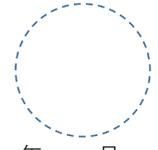


(ワクチン名; _____) ワクチン接種 予診票 (成年者用)

住 所	大阪市	区	電話 ()
接種を受ける方	ふりがな		男 ・ 女
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	



年 月 日

0.5ml

皮下

【 質 問 事 項 】		医師確認
1	今日、お子さんは身体の具合の悪いところはありますか。 「はい」に○をされた方；それはどんな状態ですか。()	はい・いいえ
2	最近1か月以内に病気やケガで医療機関を受診されましたか。 病名 () 時期 (~)	はい・いいえ
3	生まれてから今までに、先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気・免疫不全、その他の病気で医療機関を受診されましたか。 病名 () 時期 (~) 主治医の先生に本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
		はい・いいえ
4	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 回数 ()、最後におこした時期 () その時熱は出ましたか。*「はい」の方はそのときの体温 (度 分)	はい・いいえ
		はい・いいえ
5	くすりや食べ物で皮ふに発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい・いいえ
6	4週間以内に何か予防接種を受けましたか。 *「はい」の方は受けた予防接種の種類 ()	はい・いいえ
7	4週間以内に家族や友人などの身近な方に麻しん(はしか)・風しん・水とう(水ぼうそう)・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい・いいえ
8	これまでに受けた予防接種で、身体の具合が悪くなったことがありますか。 *「はい」の方は受けた予防接種の種類 () それはどんな状態でしたか。()	はい・いいえ
		はい・いいえ
9	近親者の中で予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい・いいえ
10	近親者の中で先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい・いいえ
11	今日受ける予防接種について説明書を読みましたか。	はい・いいえ
12	その他お子さんのことや、今日の予防接種について何か質問はありますか。 「はい」の方は具体的に ()	はい・いいえ

※医師の記入欄	※体温測定 度 分
診察所見・その他特記事項	医師署名
以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。	又は
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。	記名押印

13 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、用接種健康被害救済制度について理解したうえで、接種することに(同意します ・ 同意しません) ※ () 内のどちらかを○で囲んでください。	自署(フルネームで記入してください)
---	--------------------

※ 使用ワクチン名

※ Lot No.

※ 最終有効年月日： 年 月 日 ※接種部位(左・右)上腕部

接種医師名