

B型肝炎ワクチン 予診票

任意接種用

※太ワク内をご記入ください。

接種回数	1回目	2回目	3回目
住 所	電話番号		
フリガナ	携帯電話		
氏 名	男 女	生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
保護者氏名	年齢 (歳 ヶ月)		診察前の体温 度 分

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について効果・副反応を理解しましたか	はい	いいえ	
(小児の場合)分娩時、出生直後、乳児健診などで異常を指摘されましたか 具体的に書いてください ()	はい	いいえ	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 具体的に書いてください ()	ある	ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名 ()	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よいといわれましたか	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、何か病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に近親者や周囲に麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜなどに かかった方がいますか 病名 ()	はい	いない	
最近1か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	
今まで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 予防接種名・症状 ()	ある	ない	
今までに特別な病気(先天性異常,心臓,腎臓,肝臓,血液,脳神経,免疫不全症, 悪性腫瘍,その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか 病名 ()	はい	ない	
その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 何歳の頃 () 回数 () 最終発作 ()	ある	ない	
(“ある”の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱がでましたか	はい	いいえ	
今までに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 病名 () 現在治療中・治療終了	ある	ない	
薬や食品(鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が 悪くなったことがありますか 薬・食品名 ()	はい	ない	
近親者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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
(成人女性のみ) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の接種は(可能・見合わせる) 医師の署名または記名捺印
 予防接種の効果,副反応および医薬品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

私は医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解したうえで接種を希望します。

署名(本人または保護者)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名:	皮下接種	実施場所: はまだこどもクリニック 横浜市青葉区新石川3-15-9
メーカー名:	<input type="checkbox"/> 0.50ml(10歳以上)	医師名: 濱田 久光
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25ml(10歳未満)	接種日時: 平成 年 月 日