

B型肝炎 予防接種 予診票

接種回数	1回目(年 月 日) ・ 2回目(年 月 日) ・ 3回目		
ふりがな 本人氏名	生年月日	平成 昭和	年 月 日
保護者氏名	年齢	歳	

この予診票は、今回の予防接種の目的のためにだけに、必要なことを記入していただくものです。

当院のカルテと一緒に保管し、接種される方の個人情報厳重に守られます。

接種年月日	平成	年	月	日
接種日 診察前体温	℃			
生まれたときの体重が少なかったり、分娩時、出生時、乳児健診などで異常があるといわれたことがありますか	ある	ない		
今日、体に具合の悪いところがありますか ある方はどんな症状ですか()	ある	ない		
最近1か月以内に病気にかかりましたか ある方はどんな病気ですか()	はい	いいえ		
最近1か月以内に予防接種をうけましたか 受けた方は(予防接種名 : 月 日)	はい	いいえ		
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)風疹、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気がありましたか 病名() (週間前)	はい	いいえ		
生まれて今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (歳)ごろ 最後のけいれんは(歳)	はい	いいえ		
その時熱が出ましたか	はい	いいえ		
今まで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ		
薬や食品で皮膚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はありますか	はい	いいえ		
最近半年間に、輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ		
(女性の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ		
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ		

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は接種(可能 ・ 見合わせる)	医師の署名		
医師の診察・説明を受け、副作用などについて理解したうえで今日の予防接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)	保護者署名		
使用ワクチン	B型肝炎ワクチン Lot No.	有効期限	年 月 日