B型肝炎　予防接種予診票

＊接種希望者の方へ:**太ワク内**にご記入、又は〇で囲んで下さい。
＊お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

体温	度　分				
接種回数	1回目　・　2回目　・　3回目		電話番号		
住所	〒				
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	生年月日	明治 大正　年　月　日生 昭和 平成　（満　歳　ヶ月）	
（保護者の氏名）					

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説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いて下さい。（　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名（　）	はい	いいえ	
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・発育障害・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言われましたか。	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこした事がありますか（最後　年　月頃）	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか。 予防接種名・症状（　）	はい	いいえ	
1ヶ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	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいますか。 病名（　）	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	
（接種を受けられる方がお子さんの場合） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 あれば具体的に書いて下さい。（　）	はい	いいえ	
その他、健康状態の事で伝えておきたい事があれば具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　可能　・　見合わせる　）
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。
（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）

本人の署名(もしくは保護者の署名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
名称	ﾋﾞｰﾑｹﾞﾝ(組換え沈降B型肝炎ﾜｸﾁﾝ)	皮下・筋肉内接種	実施場所	医療法人　川島小児科　水野医院
メーカー名	化学及血清療法研究所		医師名	水野周久
Lot.No.				
カルテNo.		mL	接種日	

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。