ID

# 日中友好医院　予防接種予診票

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 接種年月日 | 年　月　日 | | | 診察前の体温 | 度　分 |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | |
| フリガナ<br>アルファベット<br>氏名 | | 男・女 | 保護者(未成年の場合) | 生年月日 | 歳　カ月<br>年　月　日 |

本日、接種を希望するワクチン

| | |
|---|---|
| A型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)、 追加 | インフルエンザ 1回目 ・ 2回目 |
| B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)、 追加 | 日本脳炎 1期(1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 2期、 追加 |
| 破傷風トキソイド( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 )、追加 | 狂犬病 基礎( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加)、 追加 |
| MR 、 麻疹 、 風疹[三日ばしか] | Tdap:3種混合(破傷風・ジフテリア・百日咳) |

本日、当医院で接種する理由について、お聞かせください

1)推奨されているから　2)接種間隔が合わないから　3)紹介されたから・インターネットなど

4)海外渡航のため [ 留学 ・ 転勤 ・ 帯同 ・一時帰国 ・帰国 ]

年　月　日 から 約　年 ・ 月 ・ 週 ・日間 :渡航先 国　都市

領収書 宛名

| | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 1 今日受ける予防接種について説明文(別紙)を読んで理解しましたか | はい | いいえ | |
| 2 今日、具合の悪いところがありますか 症状( ) | はい | いいえ | |
| 3 現在、何かの病気で医師にかかっていますか　はい　病名( ) | | | |
| ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか　はい　いいえ | | 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　はい　いいえ | | | |
| 4 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( ) | はい | いいえ | |
| 5 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・川崎病、発達障害、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<br>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 | |
| 6 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 | |
| 7 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 | はい | いいえ | |
| 8 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか　最後は　年　月 | はい | いいえ | |
| そのときに熱がでましたか　回 | はい | いいえ | |
| 9 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉由来のもの)で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<br>薬品・食品名 ( ) | はい | いいえ | |
| 10 抗生物質の服用、点滴などでｱﾚﾙｷﾞｰ反応、体の具合が悪くなったことがありますか<br>薬品名 ( ) | はい | いいえ | |
| ・特に、ｴﾘｽﾛﾏｲｼﾝ・ｶﾅﾏｲｼﾝ・ｽﾄﾚﾌﾟﾄﾏｲｼﾝに対する、ｱﾚﾙｷﾞｰはありませんか | はい | いいえ | |
| 11 卵を食べて発疹が出たり、下痢をしたことがありますか | はい | いいえ | |
| 12 卵または食品アレルギーといわれたことが、ありますか | はい | いいえ | |
| 13 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか | はい | いいえ | |
| 14 1か月以内に予防接種を受けましたか　種類( )<br>新型コロナワクチンについて　・直近接種日　月　日<br>・次回接種日(予定がある場合)　月　日 | はい | いいえ | |
| 15 2週間、1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水疱瘡、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか | はい | いいえ | |
| また、それらの患者さんと接触しましたか | はい | いいえ | |
| 16 ｾﾞﾗﾁﾝ含有製剤やｾﾞﾗﾁﾝ含有食品に対してｼｮｯｸ、じんましん、呼吸困難、口唇浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか | はい | いいえ | |
| 17 6か月以内に、輸血やｶﾞﾝﾏｸﾞﾛﾌﾞﾘﾝの注射を受けましたか | はい | いいえ | |
| 18 (女性の方に)現在、妊娠している、または可能性がありますか | はい | いいえ | |
| 19 (女性の方に)MRを希望される方、接種後2か月は妊娠をさけてください | はい | いいえ | |
| 20 その他、健康状態及び予防接種のことでご質問( ) | | | |

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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解した上で、接種を希望します。

本人または保護者サイン

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医師の記入欄 | 問診、診察の結果、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 | | |
| | 接種【 可　否 】 | ワクチン名 | 医師サイン |