

[B型肝炎

(回目)] 予防接種予診票

| | | | | |
|---------|---------|----|-----------|--------|
| 住 所 | 診察前の体温 | | 度 分 | |
| | TEL () | | - | |
| 受ける人の氏名 | 男 | 生年 | 昭和・平成 | 年 月 日生 |
| 保護者の氏名 | 女 | 月日 | (満 歳 カ月) | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-----|-----|-------|
| 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください() | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名() | はい | いいえ | |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() | はい | いいえ | |
| 生まれてから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とい われましたか | はい | いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか()歳頃 | はい | いいえ | |
| その時熱が出ましたか | 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、 体の具合が悪くなったことはありますか 病状() | はい | いいえ | |
| 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 | 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ことはありますか 予防接種の種類() | はい | いいえ | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい | いいえ | |
| 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 保護者の方にあなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか | はい | いいえ | |
| 医師記入欄 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) 医師署名又は記名押印 | | | |

予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、医師が診察の結果、可能と判断した場合に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)
保護者の署名(もしくは本人の署名)

| | | |
|-----------------|------------------|--|
| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| ワクチン名 Lot No | (皮下接種) ml | 実施場所 : 成城こどもクリニック 医師名 : 木屋 恵美 接種年月日 : 平成 年 月 日 |

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。