



予 診 票

受診日 年 月 日

名鉄病院予防接種センター 《1706:27版》

住所	県 市 区 町		
	☎() - ; (携帯) - -		
氏名	接種者	保護者(未成年の場合)	年齢 歳 か月 西暦 生年月日 平成・昭和 年 月 日
本日、接種を希望するワクチン・検査			
1、肺炎球菌13価[PCV13、小児用、プレベナー] 初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1~4歳)			
2、Hib[ヒブ、インフルエンザ桿菌B] 初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1~4歳)			
3、DPT-IPV4種混合 [ジフテリア・百日咳・破傷風-不活化ポリオ] 1期(1回目・2回目・3回目・追加) 追加(回目) DT2種混合 Tdap 3種混合[輸入青年用DTP]			
4、ロタ胃腸炎 (1回目・2回目/3回目)			
5、ツベルクリン/BCG			
6、MR、麻疹[はしか]、風疹[三日ばしか] 定期(1期、2期)、追加 MMR(輸入麻疹風疹おたふく)			
7、日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)、2期、追加			
8、A型肝炎、輸入A型肝炎 (1回目・2回目)、追加(回目)			
9、B型肝炎、輸入A+B型肝炎 1回目・2回目・追加(回目)			
10、不活化ポリオ[IPV] (1回目・2回目・3回目・追加)			
11、狂犬病 (1回目・2回目・3回目)、追加(回目)			
12、ダニ媒介脳炎[輸入 FSME・TBE] (1回目・2回目・追加)			
13、破傷風 [S43年以前生 外傷後] (1回目・2回目・追加)			
14、肺炎球菌23価[PPV23、ニューモバックス]			
15、おたふくかぜ[ムンプス・耳下腺炎]			
16、水痘[水ぼうそう・帯状疱疹]			
17、子宮頸癌[HPV] (1回目・2回目・3回目)			
18、インフルエンザ (1回目・2回目)			
19、4価髄膜炎菌[MCV4, ACYW135]			
20、腸チフス [輸入 Typhim VI]			
21、水痘抗原皮内テスト			
22、マラリア予防薬、高山病予防薬			
23、抗体検査			
24、その他			
本日、当センターで接種する理由			
1)定期接種 2)入学・病院実習・就職 3)日常の予防 4)紹介されたから・紹介者()			
5)アレルギー等で接種できなかった[定期の年齢超過、年齢未満、慢性の病気(痙攣・アレルギー・その他()]			
6)海外渡航[旅行・研修・インターンシップ・出張・留学・転勤・帯同・移住・帰国・一時帰国・親族友人訪問・他]			
年 月 日から約 [年・月・週・日]間:渡航先 国 州/地域[都会・郊]			
①今日の体温は、何℃でしたか。			℃
②1カ月以内に予防接種を受けたことがありますか。 ワクチン[]		ある	ない
③1カ月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹りましたか。 または2週間以内に、それらの患者さんと接触したことはありますか。		ある	ない
④現在、病気で医師にかかっていますか。 病名[]		ある	ない
⑤今までに、痙攣(ひきつけ)を起こしたことはありますか。 歳頃、今までに 回		ある	ない
⑥卵を食べて発疹(ポロ)が出たり、下痢をしたことがありますか。		ある	ない
⑦卵または食品アレルギーと言われたことがありますか。 検査値[]		ある	ない
⑧薬で唇が腫れたり、皮膚に発疹が出たことがありますか。 薬品名[]		ある	ない
⑨心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病に罹りましたか。 病名[]		ある	ない
⑩今までに、予防接種で副反応が出たことはありますか。 ワクチン[]		ある	ない
⑪家族や兄弟または親戚に、予防接種で具合が悪くなった人はいますか。		ある	ない
⑫6カ月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか。		ある	ない
⑬今日の体調はいかがですか。具合の悪いところはありますか。 何処[]		ある	ない
医師 問診、診察の結果、 接種可 。接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。	医師サイン		
記入欄 ワクチン名[]			
本人または医師の診察を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性、本人または保護者・親族・代諾者のサイン	本人または保護者・親族・代諾者のサイン		
保護者 被害救済制度について理解したうえで接種することを希望します。			
記入欄			