



予 診 票

受診日 年 月 日

名鉄病院予防接種センター 《2405:33版》

住所	県			
	☎ () — (携帯) — —			
氏名	接種者名	保護者名(未成年の場合)	年齢	歳 月 日
			生年月日	年 月 日
本日、接種を希望するワクチン・検査 ・小児の定期予防接種 5種混合 4種混合 Hib 肺炎球菌 ロタ BCG B型肝炎 MR おたふくかぜ 水痘 日本脳炎 DT HPV(子宮頸がん) ・定期接種の遅れ〔定期の年齢超過、慢性の病気(痙攣・アレルギー・その他) 〕 ・高齢者の予防接種 インフルエンザ 带状疱疹シングリックス 水痘 アレックスビー 肺炎球菌23価 肺炎球菌結合型13価 15価 コロナ ・日常の予防 インフルエンザ 带状疱疹シングリックス ・入学・実習・就職 麻疹 風疹 おたふくかぜ 水痘 A型肝炎 B型肝炎 抗体検査 ・海外渡航 A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 狂犬病 チフス 髄膜炎菌 ポリオ ダニ脳炎 破傷風 DPT-IPV/DPT/Tdap 黄熱 マラリア予防薬 高山病予防薬 ツベルクリン(TB Skin Test) IGRA(TB Blood Test, T-SPOT, Quantiferon) 〔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 〕 出発日 年 月 日、期間 [年・月・週・日] 渡航先 国 州・省・県／地域〔都会・郊外〕 ・検査、その他〔 〕				
今日の体温は、何℃でしたか。			℃	
今日の体調はいかがですか。具合の悪いところがありますか。 何処[]			はい	いいえ
当院以外で4週間以内に生ワクチン(麻疹、風疹、MR、おたふく、水痘、黄熱)を打ちましたか？			はい	いいえ
当院以外で4週間以内にそれ以外のワクチンを打ちましたか？			はい	いいえ
現在、治療中の病気はありますか？ 病名・薬[]			はい	いいえ
その場合、主治医のワクチン接種の許可はありましたか？			はい	いいえ
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、 回程度			はい	いいえ
6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。			はい	いいえ
今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？〔病名 〕			はい	いいえ
現在免疫を下げる治療(免疫抑制剤、抗がん剤、生物学的製剤、副腎皮質ホルモンなど)を受けていますか？〔 具体的に 〕			はい	いいえ
1カ月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹ったり患者さんと接触しましたか。			はい	いいえ
今までに、薬剤や予防接種で副反応やアレルギーが出たことはありますか？			はい	いいえ
加熱した卵、ゼリー、ゼラチンを食べられない程度のアレルギーがありますか？			はい	いいえ
現在、妊娠中ですか？ 妊娠月数:[]ヵ月			はい	いいえ
現在、授乳中ですか？ 授乳している児の月齢は []ヵ月			はい	いいえ
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[]			
本人または保護者	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、副反応の可能性、被害救済制度について理解したうえで			本人または保護者・親族・代諾者のサイン
記入欄	接種を希望します。			