



予 診 票

受診日 年 月 日

名鉄病院予防接種センター 《2403:32版》

住所	県		
	☎ ()	— (携帯)	—
氏名	接種者	保護者(未成年の場合)	年齢 歳 か月
			西暦・令和 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・15価[PCV] 小児初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1~4歳)	16 ツベルクリン/BCG
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)	17 肺炎球菌23価[PPV23、ニューモボックス]
3 DPT-IPV4混・DPT-IPV-Hib5混 1期(1回目・2回目・3回目) 追加(回目)	18 子宮頸癌[HPV] (1回目・2回目・3回目)
4 DT2種混合 DTP3種混合 Tdap 3種混合 [輸入青年用DTP]	19 インフルエンザ (1回目・2回目)
5 ロタ [ロタリックス・ロタテック](1回目・2回目/3回目)	20 髄膜炎菌ACYW 4価[MCV4]
6 MR、定期(1期、2期)、追加 MMR (輸入麻疹風疹おたふく)	21 髄膜炎菌B群[MCV-B]
7 麻疹[はしか]、風疹[三日ばしか] 流行性耳下腺炎[おたふく]	22 腸チフス [輸入 Typhim VI, Typbar-TCV]
8 水痘 帯状疱疹[シングリックス]	23 マラリア予防薬、高山病予防薬
9 日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)、2期、追加	24 黄熱
10 A型肝炎、輸入A型肝炎 1回目・2回目・追加(回目)	25 抗体検査
11 B型肝炎、輸入B型肝炎 1回目・2回目・追加(回目)	26 その他
12 不活化ポリオ[IPV] (1回目・2回目・3回目・追加)	
13 ダニ媒介脳炎[輸入 FSME・TBE] (1回目・2回目・追加)	
14 破傷風 [S43年以前生 外傷後] (1回目・2回目・追加)	
15 狂犬病 (1回目・2回目・3回目)、追加(回目)	

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・郊外]

① 今日の体温は、何℃でしたか。	.	℃
② 1か月以内に予防接種を受けましたか。 ワクチン[]	はい	いいえ
③ 現在、病気で医師にかかっていますか。 病名[]	はい	いいえ
④ 1か月以内に、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
⑤ 現在、妊娠中、または授乳中ですか。	はい	いいえ
⑥ 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	はい	いいえ
⑦ 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
⑧ 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
⑨ 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
⑩ 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
⑪ 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
⑫ 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
⑬ 6か月以内に、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
⑭ 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、被害救済制度について理解したうえで接種を希望します。	本人または保護者・親族・代諾者のサイン
記入欄		