

# ワクチン接種予診票 (A型肝炎・B型肝炎・破傷風)

サナシオクリニック

氏名	(フリガナ)	生年月日	年齢	性別
		S・H 年 月 日	才	男・女
住所			連絡先	
〒				
渡航先:		目的:	期間:	

接種日	体調について当てはまる個所に○印をつけて下さい	体温	医師記入欄
年 月 日	①体調は良い ②具合が悪い(症状: )	度	
年 月 日	①体調は良い ②具合が悪い(症状: )	度	
年 月 日	①体調は良い ②具合が悪い(症状: )	度	
年 月 日	①体調は良い ②具合が悪い(症状: )	度	
年 月 日	①体調は良い ②具合が悪い(症状: )	度	

質問事項	回答欄		医師記入欄
予防接種についての説明文を読み、効果や副反応等について理解しましたか	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合が悪いところがありますか 病名・具合が悪い箇所( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	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良いといわれましたか	はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名( )	ある	ない	
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がありますか 薬品・食品名( )	ある	ない	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマーグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある	ない	
現在気管支ぜんそくと診断されていますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方が居ますか	いる	いない	
生まれてから今までに家族など身の回りに結核に懸った方がいましたか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、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( )			
(ご婦人の方に)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 質問( )	はい	いいえ	

★医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的について理解した上で予防接種する事に同意し、下記サインします。

年月日	使用ワクチン名	ロット番号	容量	接種同意サイン(本人)	実施医師サイン

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。