

B型肝炎ワクチン接種予診票 (1回目・2回目・3回目)

接種希望される方へ:太ワク内にご記入ください。

予防接種を受ける人の名前	男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名 (未成年者接種時)	住所: 電話:() -		

質問事項(あてはまる項目を○で囲んでください)

1. 今日の体温は何度ですか?	度 分	
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。	はい 症状()	いいえ
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ
4. 生まれてから今までに心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか	はい 病名()	いいえ
○ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい 時期()歳	いいえ
6. 今までに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。	はい 薬・食品名()	いいえ
7. 今までに天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、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。	はい	いいえ
8. 今までに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名()	いいえ
9. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名()	いいえ
10. 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水疱瘡、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか?	はい 病名()	いいえ
11. その他、医師に相談したいことがあれば記入してください。		

医師の記入欄

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) 医師の署名 _____

B型肝炎ワクチン接種希望者

私は、医師の診察・説明を受け、B型肝炎ワクチン接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

平成 年 月 日 保護者の署名(もしくは本人) _____

* 医師記入欄(接種希望者は以下の欄に記入しないでください。)

使用ワクチン	接種量(経路)	実施場所・接種医師名
ワクチン: Lot No.:	0.25 / 0.5 mL (皮下/筋肉内)	実施場所 かめのはしクリニック 医師名 川越 理香 接種年月日 年 月 日