



予 診 票

受診日 年 月 日

名鉄病院予防接種センター《251204:39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 か月
			生年月日	年 月 日
本日、接種を希望するワクチン・検査 (同じワクチンが何度も出てきますが、どれに○をつけてもよいです)				
・小児の定期等 5種混合 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) ポリオ Hib 麻疹 風疹 MMR				
・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)〕				
・日常予防 インフルエンザ 帯状疱疹(シングリックス 水痘)				
・主に高齢者の予防 肺炎球菌23価 肺炎球菌結合型(20価 21価) コロナ RS				
・入学・実習・妊活等 麻疹 風疹 おたふくかぜ 水痘 MR MMR B型肝炎 抗体検査 DPT Tdap アボリスボ				
・海外渡航等 A型肝炎 B型肝炎 A+B混合 日本脳炎 狂犬病 チフス 髄膜炎菌(ACYW4価 B) 黄熱 DPT/Tdap 破傷風 ポリオ ダニ脳炎 マラリア予防薬 高山病予防薬				
・結核検査 ツベルクリン(TB Skin Test) 結核血液検査(IGRA, 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。			℃	
4週間以内に生ワクチン(麻疹、風疹、MR、MMR、おたふく、水痘、黄熱)を、6カ月以内に輸血や			はい	いいえ
ガンマグロブリンの注射を受けましたか？〔日付と種類： 〕			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)			はい	いいえ
を受けていますか？〔具体的に 〕			はい	いいえ
卵、ゼラチン、薬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
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。〔 〕			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
4週間以内に何かワクチンを打ちましたか？〔 〕			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
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
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
アルコール消毒は避けた方が良いですか？			はい	いいえ
注射後に気分が悪くなったり倒れたことがありますか？横臥接種ご希望ですか？			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。			