



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

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 A型肝炎 B型肝炎 A+B混合 日本脳炎 狂犬病 チフス 隆膜炎菌(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
 - ・海外渡航等 ツベルクリン(TB Skin Test) 結核血液検査 (IGRA, T-SPOT Quantiferon)
 - ・結核検査
- [旅行・研修・インターンシップ・出張・留学・転勤・滞在・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				州・省・県／地域[都会・郊外]

- ・検査、その他[]

今日の体温は、何°Cでしたか。		.	°C
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ヶ月以内に輸血や ガンマグロブリンの注射を受けましたか？ [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) 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。具合の悪いところはありますか。 []		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ヶ月以内に、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：[]カ月		はい	いいえ
現在、授乳中ですか？ 授乳している児の月齢は []カ月		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 記入欄	本人または医師の診察を受け、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 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	