

# B型肝炎ワクチン 接種予診票 1回目

妊娠中、又は妊娠の可能性のある方には予防接種を行うことが出来ません

太ワク内の回答欄にもれなくご記入ください

ふりがな		男 . 女	診察前の体温	度 分		
受ける人の氏名			生年月日	年	月	日生 (満 歳)
学籍番号			住 所			

\* 太ワク内の回答欄にもれなくご記入ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
2. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名 ( )	はい	いいえ	
その場合、治療（投薬など）を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
3. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
4. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5. 1カ月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. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、免疫不全症、 その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか 病名 ( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
7. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（最後は 年 月頃）	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
8. 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	いいえ	
9. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名・症状 ( )	はい	いいえ	
11. (女性の方へ) 現在、妊娠していますか または妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
12. 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 ・ 接種延期 ・ 不可 ) 医師署名			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性について理解した上で、接種を希望しますか ( 接種を希望します ・ 接種を希望しません ) 本人の署名
--

メーカー名 Lot.No. カルテ No.	接種日	接種部位	痛み・痺れ	接種者サイン	実施場所
	年 月 日	右 ・ 左	有 ・ 無		〒433-8558 静岡県浜松市中央区三方原町 3453-1 聖隷予防検診センター

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します