

渡航外来 予防接種予診票

予防接種を受ける人の名前	ふりがな	男	生年月日
保護者の氏名 (接種者が未成年の場合)		女	大正昭和 平成 年 月 日生まれ (満 歳)
住 所	〒	TEL	

予防接種を受ける人の状態について、太枠内にある次の質問事項にお答えください。

No.	質問事項	回答欄	医師記入欄
1	現在の体温は何度ですか。	午前・午後 時 °C	
2	今日は、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	はい具体的に ない	
3	最近4週間以内に病気にかかりましたか。	かかった(病名) いいえ	
4	1ヶ月以内に家族や職場で、麻疹(はしか)、風疹(三日はしか)、水痘(水ぼうそう)、ムンプス(おたふくかぜ)などの病気の方がいましたか。	いた(病名) いない	
5	4週間以内に、生ワクチン(右記)の予防接種を受けたことがありますか。	麻疹 風疹 ポリオ BCG おたふくかぜ 水痘 黄熱 ない	
6	1週間以内に、不活化ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	ある(予防接種名) ない	
7	以下の予防接種を受けたことがあれば、○を付けてください。	A型肝炎 B型肝炎 日本脳炎 腸チフス 狂犬病 破傷風トキソイド DPT(3種混合) 黄熱 髄膜炎菌	
8	今までに、先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師に診察を受けていますか。	はい(わかれば病名) いいえ	
9	これまでに、けいれんをおこしたことがありますか。	ある(時期・回数) ない	
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。	ある(予防接種の種類) ない	
11	薬や食品で、じんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(医薬品名・食品名・症状) ない	
12	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい いいえ	
13	(ご婦人の方に)妊娠していますか。また、その疑いはありますか。	妊娠している 妊娠の疑いがある ない	
14	今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。本人あるいは保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに

(同意します・同意しません)

※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

本人あるいは保護者の自署 氏名：

実施場所：重工記念長崎病院 実施医師名：宮城 啓 署名：

接種年月日： 年 月 日