

ふりがな	(男・女)	診察前の体温			℃	
お名前		生年 月日	明治	年	月	日生
(保護者氏名)			大正 昭和 平成			

質問事項	回答欄
本日希望のワクチンを☑チェックし、何回目の接種かご記入下さい。	<input type="checkbox"/> A型肝炎 (回目) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (回目) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回目) <input type="checkbox"/> 破傷風 (回目) <input type="checkbox"/> 狂犬病 (回目) <input type="checkbox"/> その他※ワクチン名をご記入ください。() (回目)
本日希望のワクチンを過去に接種されたことがある方は最終接種日をご記入ください。	年 月 日

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明を（今日または初回接種時に）受け、効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか。 病名、具合の悪い箇所 ()	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	はい いいえ	
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。	いいえ はい	
特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか。 病名 ()	はい いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）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。 薬品・食品名 ()	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名 ()	はい いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい いいえ	
(女性のみ) 現在妊娠していますか。	はい いいえ	
(接種される方がお子様の場合に) お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか。	はい いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい いいえ	
乳児検診で異常があるとされたことがありますか。	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

【副反応・注意点】
 重篤な副反応が発生する場合は、2～3分後から数時間の間に発生しますが、一般的には30分以内に症状が現れることがほとんどです。接種後30分は病院に残って様子を見ていただくか、何かあった場合はすぐにクリニックにご連絡ください。
 出現する可能性のある症状：じんましん、動悸、発汗、嘔気、顔面蒼白、呼吸困難、血圧低下 など

国内未承認である輸入ワクチンは、国の救済措置・保証が適応されず、自己責任となる場合がございますことを予めご了承ください。

医師記入欄
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。 医師署名： _____

本人もしくは保護者記入
医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性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) 署名： _____ (代筆の場合： 続柄 _____)

医師記入欄						看護師記入欄			
予防接種種類	回数	用量	商品名(国産)	用法	商品名(輸入)	用法	ロット番号	投与部位	実施者
【不活化ワクチン】									
A型肝炎		0.5 / 1 ml	<input type="checkbox"/> エイムゲン	筋注(皮下でも可)	<input type="checkbox"/> Havrix1440	筋注			
B型肝炎		0.25 / 0.5 ml	<input type="checkbox"/> ヘプタボックス	筋注(皮下でも可)					
A・B型肝炎混合		0.5 / 1 ml			<input type="checkbox"/> Twinrix	筋注			
日本脳炎		0.25 / 0.5 ml	<input type="checkbox"/> ジェービックV	皮下					
破傷風		0.5 ml	<input type="checkbox"/> 沈降破傷風トキソイド	筋注(皮下でも可)					
ジフテリア・破傷風・百日咳		0.5 ml			<input type="checkbox"/> Boostrix	筋注			
狂犬病		1 ml	<input type="checkbox"/> 乾燥組織培養不活化 狂犬病ワクチン	皮下	<input type="checkbox"/> Rabipur	筋注			
ポリオ		0.5 ml			<input type="checkbox"/> イモボックスポリオ ※国内認可	皮下			
肺炎球菌		0.5 ml	<input type="checkbox"/> ニューモボックス(23価)	筋注(皮下でも可)	<input type="checkbox"/> プレベナー-13(13価) ※国内認可	小児:皮下 高齢者:筋注			
腸チフス		0.5 ml			<input type="checkbox"/> TYPHIM VI	筋注			
髄膜炎菌		0.5 ml			<input type="checkbox"/> メナクトラ ※国内認可	筋注			
【生ワクチン】									
麻疹・風疹混合		0.5 ml	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生 麻疹風疹混合ワクチン	皮下					
おたふく風邪		0.5 ml	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生 おたふく風邪ワクチン	皮下					
麻疹・風疹・おたふく風邪		0.5 ml			<input type="checkbox"/> Priorix	皮下			
水痘		0.5 ml	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生 水痘ワクチン	皮下					
その他		() ml	<input type="checkbox"/> ()	筋注・皮下	<input type="checkbox"/> ()	筋注・皮下			
その他		() ml	<input type="checkbox"/> ()	筋注・皮下	<input type="checkbox"/> ()	筋注・皮下			