

## 清水内科クリニック 予防接種予診票

※ 以下の太枠内を全て正確に記入してください。

接種年月日

住所	〒						
	TEL:			携帯:			
接種者氏名	フリガナ		性別 男・女	生年月日	昭和・平成 (西暦 年)		保護者氏名 <small>未成年の場合</small>
					年 月 日 歳		

当院を選んだきっかけは？ 通院歴がある・知人の紹介・看板・近所・ホームページ・その他( )

領収証の宛名は？ 本人名 その他( )

▼本日接種を希望するワクチン及び接種回数に○を付けてください。

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1. B型肝炎(1回目・2回目・追加____回目) | 6. 高齢者肺炎球菌(ニューモバックス23、プレベナー13) |
| 2. MR(麻疹風疹混合)・麻疹・風疹       | 7. インフルエンザ                     |
| 3. 水痘(水ぼうそう・帯状ほう疹)        | 8. A型肝炎(1回目・2回目・追加____回目)      |
| 4. おたふくかぜ(ムンプス)           | 9. その他( )                      |
| 5. 子宮頸がん(1回目・2回目・3回目)     |                                |

▼ワクチン接種に関してお伺いします。当てはまるものに○を付けてください。

接種動機	推奨されているから・仕事で必要だから・その他( )
------	---------------------------

▼以下の問診にお答えください。

▼回答欄

1. 本日の体温は、何℃でしたか？			℃
2. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ ワクチン名( )	はい	いいえ	
3. 1ヶ月以内に麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘にかかりましたか？ または2週間以内にそれらの患者さんと接触しましたか？	はい	いいえ	
4. 現在、病気で医師にかかっていますか？ 病名( )	はい	いいえ	
5. 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・今までに( )回	はい	いいえ	
6. 卵を食べて発疹が出たり、下痢になったことがありますか？	はい	いいえ	
7. 卵または食品アレルギーといわれたことがありますか？ 品名( )	はい	いいえ	
8. 薬で唇がはれたり、皮膚に発疹が出たことがありますか？ 薬品名( )	はい	いいえ	
9. 心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病にかかりましたか？ 病名( )	はい	いいえ	
10. 今までに予防接種で体調が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
11. 家族や兄弟・親戚に、予防接種で体調が悪くなった人はいますか？	はい	いいえ	
12. 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？	はい	いいえ	
13. 今日の体調はいかがですか？	良い	不調	

医師記入欄	問診・診察をして接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。 接種可能なワクチン [ ]	医師サイン 清水 秀幸
本人・保護者記入欄	医師の診察を受け、接種の効果や目的・副反応の可能性および 予防接種健康被害救済制度について説明を受け、理解しました。 今日の予防接種を(希望する・見合わせる)	本人または保護者サイン

使用ワクチン	Lot.	
--------	------	--