

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・令和 (西暦) | 年 | 保護者 氏名 |
| | | | | 年 | 月 | 日 | 歳 <small>未成年の場合</small> |
| 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? | <input type="checkbox"/> 本人名 <input type="checkbox"/> 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 (国産) (1・2・3 回目) | | | | 6. 高齢者肺炎球菌 (ニューモバックス23、プレバナー13) | | | |
| 2. A型B型肝炎 (輸入: Twinrix) (1・2・3 回目) | | | | 7. インフルエンザ | | | |
| 3. MR (麻しん風しん混合)・麻しん・風しん | | | | 8. A型肝炎 (1・2・3 回目) | | | |
| 4. 水痘 (水ぼうそう・帯状疱疹) | | | | 9. 子宮頸がん (1・2・3 回目) | | | |
| 5. おたふくかぜ (ムンプス) | | | | 10 その他 () | | | |
| ▼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°Cでしたか? | | | | | | | °C |
| 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. | | | | | | |