

B型肝炎予防接種 - 予診票 - (成人用) ( 回目)

(任意接種用)

住 所	TEL ( )	
接種者氏名	診察前の体温	度 分
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 才)	男・女
質 問 事 項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい)	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい  いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか  あればその症状を書いて下さい ( )	いいえ  はい	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	いいえ  はい	
現在何か病気にかかっていますか 病名 ( ) 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	いいえ  はい いいえ  はい はい  いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名 ( )	いいえ  はい	
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃	いいえ  はい	
薬や食品で発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ  はい	
4週間以内に予防接種を受けましたか  予防接種名 ( )	いいえ  はい	
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 ( )	いいえ  はい	
病気や事故で輸血や血液製剤の投与を受けたことがありますか	いいえ  はい	
家族で肝臓病の方はいますか ( )	いいえ  はい	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、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 ( )	いいえ  はい	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ  はい	
本人または近親者に免疫不全と診断されている人はいますか	いいえ  はい	
(女性の場合) 現在妊娠している可能性がありますか	いいえ  はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ  はい	
予診の結果、今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせる)		ご本人サイン
* 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・見合わせる)		医師サイン
使用ワクチン(皮下接種量)	実施場所・医師名・接種日時	
(0.5ml)	医療機関名: 医療法人健栄会保料クリニック 医 師 名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時 分	