

破傷風トキソイド予防接種 - 予診票 - (成人用)

(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	
乳幼児期に、三種混合の予防接種を3回以上受けましたか		はい・いいえ・不明	
小学校6年生の時に、二種混合の予防接種を受けましたか		はい・いいえ・不明	
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 ()		いいえ はい	
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 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	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻しん、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: 医療法人健栄会保科クリニック 医 師 名: 接種年月日: 平成 年 月 日 時 分		