

ふたばクリニック 任意接種用 予防接種 予診票

フリガナ	生年月日	MTSH	年	月	日
受診者氏名	【性別 男・女】				
保護者サイン	【女性の場合】妊娠の可能性はありますか はい・いいえ				
住所	前回登録時と住所が同じ場合は、省略してください				
受診者が 18歳未満の場合は、保護者のサインが必要です	電話番号	( )			
【接種の意志表示】 本日の予防接種を 希望されますか？	はい ・ いいえ				

【 輸入ワクチンをご希望の方のみ 確認事項です 】

輸入製剤は、厚生労働省の承認を受けておりません。また、輸入製剤使用後の副作用に関しては、医薬品副作用被害者救済制度は適応されません。

輸入製剤の予防接種を、希望されますか？

はい ・ いいえ

今日の体調や、今までの健康状態に関して 質問します 体温 . °C

現在何か病気にかかっていますか？ 病名(	はい ・ いいえ
治療を受けていますか	はい ・ いいえ
主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい ・ いいえ
アレルギー疾患や気管支喘息と診断され、治療を受けていますか	はい ・ いいえ
薬や食品(卵・牛乳・大豆・果物・海産物・肉類・その他)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の調子が悪くなったことはありますか	はい ・ いいえ
今までに、予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい ・ いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか (“はい”の場合、予防接種名を教えてください)	はい ・ いいえ
免疫不全と診断されたことはありますか	はい ・ いいえ
”痙攣”や”ひきつけ”を起こしたことが ありますか	はい ・ いいえ
そのとき熱が出ましたか	はい ・ いいえ
今日は、具合の悪いところがありますか	はい ・ いいえ
担当医に確認したいことはありますか	はい ・ いいえ

【6歳以下のお子様の場合】	出生体重	g
分娩時・乳児期に異常がありましたか	はい ・ いいえ	
乳児健診で異常があると言われたことがありますか	はい ・ いいえ	
生れてから 特別な病気にかかったことはありますか (先天性異常・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳神経疾患・免疫不全症・血液疾患) (その他の病気)	はい ・ いいえ	
主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい ・ いいえ	
一ヶ月以内に麻疹(はしか)・風疹・みずぼうそう・おたふくかぜ にかかりましたか	はい ・ いいえ	

【医師記入欄】 以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は 可能 ・ 不可能

医師 サイン