

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】	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
受診者氏名	【性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女】			
保護者サイン	【女性の場合】	妊娠の可能性はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
免疫不全と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
”痙攣”や”ひきつけ”を起こしたことが ありますか そのとき熱が出ましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今日は、具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
担当医に確認したいことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

【医師記入欄】 本日の予防接種は 可能 不可能

医師 サイン