

予防接種の前に、今日の症状をお知らせください ふたばクリニック 予防接種 予診票

【生年月日】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	
フリガナ 受診者氏名	年 月 日
保護者サイン	注意:受診者が 18歳未満の場合、保護者のサインが必要です
<input type="checkbox"/> 前回登録した住所に変更なし	電話番号 ()
住所 〒 - 東京都 世田谷区	
【性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 他】	【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
【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へ 重要な確認事項です 】	
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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
そのとき熱が出ましたか	<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

2020.09.01