

予防接種 予診票 (19歳以上)

接種日： () () ()

ローマ字 Alphabet	パスポートと同じつぶり	生年月日 (西暦) DOB:yyyy/mm/dd	来院時の体温 (°C)
氏名 Name	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)	
住所 Address	初診時以外は省略可	利き腕 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	固定電話 携帯電話

質問項目	回答	
本日、体調に悪いところがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
コロナワクチン接種について 2週間以内に接種しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1ヶ月以内に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘のワクチン接種をしましたか？又は罹りましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
1ヶ月以内に上記の患者様 (家族・知人・職場) と接触しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
現在、病気などで通院や服薬をしていますか？ ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今までに先天性疾患、心臓病、免疫不全、結核などの病気に罹りましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今までに、けいれん、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
薬で発疹、唇の腫れ、呼吸困難などアレルギーを起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
卵やその他の食品でアレルギーを起こしたことがありますか？ ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ラテックスやゴム、その他の物質にアレルギーがありますか？ ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今までに予防接種の副反応が出た事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
近親者で予防接種の副反応が出た人や先天性の免疫不全の方がいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6ヶ月以内に輸血やガンマグロブリン投与を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(女性のみ) 現在妊娠していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今後、渡航までに健康診断を受ける予定がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
別紙の「輸入ワクチンの説明」を読み使用を承諾しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他、本日の予防接種について質問がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

医師判定： 接種 可能・見合わせる	接種承諾のサイン
----------------------	----------

以下クリニック使用欄

✓	ワクチン	製剤名	接種部位上肢
	髄膜炎	メンクアッドフィ/0.5ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	B型肝炎	ヘプタボックスII/0.5ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	A型肝炎	エイムゲン/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	狂犬病	ラビビュール/1ml	(左・右) 上腕 (上・下) 筋注
	日本脳炎	エンセバック/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	破傷風	破傷風トキソイド/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	破傷風・ジフテリア	DTビック/0.1ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	ポリオ	イモボックスポリオ/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	MR (麻しん・風しん)	麻しん風しん生ワクチン/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	麻しん	麻しん生ワクチン/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	水痘	水痘生ワクチン/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	ムンプス	おたふく風邪生ワクチン/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下
	インフルエンザ	インフルエンザHAワクチン	(左・右) 上腕 (上・下) 皮下

✓	ワクチン	製剤名	接種部位上肢
	A型B型肝炎混合	Twinrix/1ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	A型肝炎	Havrix1440/1ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	狂犬病	Verorab/0.5ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	Tdap	Boostrix/0.5ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	ダニ脳炎	FSME-IMMUN/0.5ml	(左・右) 三角筋 (上・下) 筋注
	腸チフス	Typhim Vi/0.5ml	(左・右) 上腕 (上・下) 筋注
	被接種者用記録	母子手帳/他の記録カード/ICVP	