予防接種　予診票（１８歳以下）

接種日：（　　）

ローマ字 Alphabet	パスポートと同じつづり	生年月日（西暦）DOB:yyyy/mm/dd	来院時の体温（℃）
氏名 Name	□ 男 □ 女	年　月　日 （　歳）	
住所 Address	初診時以外は省略可	利き腕 □ 右 □ 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？	□ はい	□ いいえ
乳幼児健診で異常を指摘されたことがありますか？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ いいえ
現在、病気などで通院や服薬をしていますか？（　　）	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ いいえ
薬で発疹、じんま疹などのアレルギーを起こしたことがありますか？	□ はい	□ いいえ
薬で唇が腫れたり、呼吸が苦しくなったことがありますか？	□ はい	□ 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？（　　）	□ はい	□ 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？（　　）	□ はい	□ いいえ
今までに予防接種の副反応が出たことがありますか？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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？	□ はい	□ 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
	髄膜炎菌	メンクアッドフィ/0.5ml	（左・右）三角筋（上・下）筋注
	B型肝炎（10歳以上）	ヘプタバックスⅡ/0.5ml	（左・右）三角筋（上・下）筋注
	B型肝炎（10際未満）	ヘプタバックスⅡ/0.25ml	（左・右）上腕（上・下）皮下
	A型肝炎	エイムゲン/0.5ml	（左・右）上腕（上・下）皮下
	狂犬病	ラビピュール/1ml	（左・右）上腕（上・下）筋注
	日本脳炎（3歳未満）	エンセバック/0.25ml	（左・右）上腕（上・下）皮下
	日本脳炎	エンセバック/0.5ml/0.25ml	（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
	4種混合（DPT-IPV）	クアトロバック/0.5ml	（左・右）上腕（上・下）皮下
	ポリオ	イモバックスポリオ/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

✓	ワクチン	製剤名	接種部位上肢
	A型肝炎（18歳以下）	Havrix junior/0.5ml	（左・右）三角筋（上・下）筋注
	狂犬病	Verorab/0.5ml	（左・右）三角筋（上・下）筋注
	狂犬病（幼児小児）	Verorab/0.5ml	（左・右）大腿外側　筋注
	Tdap（7歳以上）	Boostrix/0.5ml	（左・右）三角筋（上・下）筋注
	ダニ脳炎（15歳以下）	FSME-IMMUN/0.25ml	（左・右）三角筋（上・下）筋注
	ダニ脳炎（16歳以上）	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
	インフルエンザ	3歳以上 0.5ml	（左・右）上腕（上・下）皮下
	インフルエンザ	3歳未満 0.25ml	（左・右）上腕（上・下）皮下
	被接種者用記録	母子手帳/他の記録カード/ICVP	