

## 日本バプテスト病院 ワクチン接種予診票（任意接種用）

太ワク内  の箇所にもれなくご記入ください

ふりがな		ID	
ローマ字		診察前の体温	度 分
受ける人の氏名		生年 月日	年 月 日生 (満 歳)

本日、接種を希望するワクチンに、チェックを付けてください。

<input type="checkbox"/> A型肝炎	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> DPT-IPV	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> 破傷風	<input type="checkbox"/> ポリオ
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 狂犬病	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 髄膜炎菌	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> ムンプス	<input type="checkbox"/> その他	( )

\* 太ワク内の回答欄にもれなくご記入ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( <input type="text"/> )	はい	いいえ	
2. 最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名 ( <input type="text"/> )	はい	いいえ	
3. 4週間以内にワクチン（予防接種）を受けましたか ワクチン名 ( <input type="text"/> )	はい	いいえ	
4. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、先天性異常、免疫不全症、 その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか 病名 ( <input type="text"/> )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
5. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 具体的に ( <input type="text"/> )	はい	いいえ	
6. 採血・歯科治療などで気分が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
7. これまでにワクチン（予防接種）を受けて具合が悪くなったことがありますか ワクチン名・症状 ( <input type="text"/> )	はい	いいえ	
8. （女性の場合）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
9. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください <input type="text"/>			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか ( <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません )			
本人（もしくは保護者）の署名		<input type="text"/>	
記入日		年 月 日	

医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 本人（もしくは保護者）に対して予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した 日本バプテスト病院 医師署名 <input type="text"/>
--