

【 肺炎球菌 】 予防接種 予診票

* 以下の太枠内をご記入ください

| 住所 | | 診察前の体温 | | 度 | 分 |
|---|--------------|----------------------------|-----|-------|---|
| フリガナ | | 電話番号 | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (満 歳) | 男 ・ 女 | | | |
| 質問事項 | | 回答欄 | | 医師記入欄 | |
| 1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか | | いいえ | はい | | |
| 2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか | | ある(具体的に) | ない | | |
| 3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど) | | はい(病名) | ない | | |
| 4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか | | はい(病名) | ない | | |
| 5. 今までに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか | | はい(具体的に) | いいえ | | |
| 6. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けたことがありますか | | はい(具体的に) | いいえ | | |
| 7. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか | | ある(ころ 回くらい) 最後は 年 月 ころ | ない | | |
| 8. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか | | ある(薬、食品名) | ない | | |
| 9. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | | はい | いいえ | | |
| 10. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | | はい(いつ、理由) | いいえ | | |
| 11. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に ご記入ください(投薬状況など) | | | | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 医師の記入欄 | 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可 能 ・ 見 合 わ せ る) | 医師の署名 |
| 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療器総合機構法に基づく救済について、説明した | | |

| | |
|---|-------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか | |
| (接種を希望します ・ 接種を希望しません) | 本人の署名 |

| | | |
|-------------|-------|-------|
| ワクチン名・ロット番号 | 接種年月日 | 年 月 日 |
| シール添付位置 | 接種医師 | 遠田 耕平 |