立川内科クリニック　　予防接種予診票

ご注意：渡航用のワクチン・薬剤等は健康保険の対象となりませんので予めご了承ください

氏名		生年月日	年　　月　　日　生
		年齢	歳

受ける予防接種	診察前の体温
□A 型肝炎【エイムゲン】□A 型肝炎【AVAXIM】□A 型肝炎・B 型肝炎混合【Twinrix】 □B 型肝炎　□破傷風　□狂犬病　□日本脳炎　□腸チフス □Tdap　□ポリオ　□髄膜炎【メンセバックス】　□髄膜炎【メナクトラ】 □MR（麻疹風疹）　□麻疹　□風疹　□おたふく風邪　□水痘　□DT	℃

質問事項	回答欄		医師欄
1.今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
2.薬や食品で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	はい	いいえ	
「はい」の方、薬品名・食品名など			
3.これ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	はい	いいえ	
「はい」の方、予防接種名			
4.生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、肺、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（　　）	はい	いいえ	
5.ひきつけ・けいれんをおこしたことがありますか　（　　）歳頃	はい	いいえ	
その時、熱がでましたか	はい	いいえ	
6.最近３ヶ月以内にステロイド剤を服用しましたか	はい	いいえ	
7.最近３ヶ月以内に抗がん剤、放射線治療を受けましたか	はい	いいえ	
8.一年以内に輸血、あるいはガンマブログリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
9.１ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか	**はい**	**いいえ**	
「はい」の方、ワクチン名：　　接種日：　　月　　日			
10.今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
11.（女性の方）現在妊娠されている可能性はありますか	**はい**	**いいえ**	

本日受ける予防接種、またはこの予診票についてご不明な点がございましたら、医師にお聞きください
*麻疹・風疹の接種後は２か月間避妊をしてください
ご注意：上記ワクチンには日本で承認されていない輸入ワクチンも含まれております。未承認ワクチンの接種により健康被害が生じた場合、国の「予防接種健康被害救済制度」、また「医薬品副作用被害救済制度」等の適用となりませんのでこの点をご了承のうえ接種を受けてください。

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

本人署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　　月　　日

※未成年の方必須項目　**保護者署名**：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師記入欄

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）　　医師署名：

使用ワクチン Lot No