



# 予 診 票

(別紙4)

名鉄病院予防接種センター《202401:30版》

受診日	年 月 日		
住所	県 市 区 町		
	☎ ( ) - ; (携帯) - -		
氏名	接種者	保護者(未成年の場合)	年齢 歳 か月
			西暦 生年月日 R・H・S 年 月 日
本日、接種を希望するワクチン・検査			
1 肺炎球菌13・15価[PCV] 小児初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1～4歳)			
2 Hib[ヒブ、インフルエンザ桿菌B] 初回(1回目・2回目・3回目)・追加(1～4歳)			
3 DPT-IPV4混・DPT-IPV-Hib5混 1期(1回目・2回目・3回目) 追加( 回目)			
4 DT2種混合 DTP3種混合 Tdap 3種混合[輸入青年用DTP]			
5 ロタ[ロタリックス・ロタテック](1回目・2回目/3回目)			
6 MR、定期(1期、2期)、追加 MMR(輸入麻疹風疹おたふく)			
7 麻疹[はしか]、風疹[三日ばしか] 流行性耳下腺炎[おたふく]			
8 水痘 帯状疱疹[シングリックス]			
9 日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)、2期、追加			
10 A型肝炎、輸入A型肝炎 1回目・2回目・追加( 回目)			
11 B型肝炎、輸入B型肝炎 1回目・2回目・追加( 回目)			
12 不活化ポリオ[IPV] (1回目・2回目・3回目・追加)			
13 ダニ媒介脳炎[輸入 FSME・TBE] (1回目・2回目・追加)			
14 破傷風 [S43年以前生 外傷後] (1回目・2回目・追加)			
15 狂犬病 (1回目・2回目・3回目)、追加( 回目)			
16 ツベルクリン/BCG			
17 肺炎球菌23価[PPV23、ニューモバックス]			
18 子宮頸癌[HPV] (1回目・2回目・3回目)			
19 インフルエンザ (1回目・2回目)			
20 髄膜炎菌ACYW 4価[MCV4]			
21 髄膜炎菌B群[MCV-B]			
22 腸チフス[輸入 Typhim VI, Typbar-TCV]			
23 マラリア予防薬、高山病予防薬			
24 黄熱			
25 抗体検査			
26 その他			
本日、当センターで接種する理由			
1) 定期接種 2) 入学・病院実習・就職 3) 日常の予防 4) 紹介されたから・紹介者( )			
5) アレルギー等で接種できなかった[定期の年齢超過、年齢未満、慢性の病気(痙攣・アレルギー・その他( )]			
6) 海外渡航[旅行・研修・インターンシップ・出張・留学・転勤・帯同・移住・帰国・一時帰国・親族友人訪問・他( )]			
年 月 日から約 [年・月・週・日]間: 渡航先 国 州/地域[都会・郊]			
① 今日の体温は、何℃でしたか。			
② 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 ワクチン[ ] はい いいえ			
③ 現在、病気で医師にかかっていますか。 病名[ ] はい いいえ			
④ 1カ月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹ったり、患者さんと接触しましたか			
⑤ 現在、妊娠中、または授乳中ですか。			
⑥ 今までに、痙攣(ひきつけ)を起こしたことはありますか。 歳頃、今までに 回 はい いいえ			
⑦ 卵を食べて発疹(ボロ)が出たり、下痢をしたことがありますか。			
⑧ 卵または食品アレルギーと言われたことがありますか。 検査値[ ] ある ない			
⑨ 薬で唇が腫れたり、皮膚に発疹が出たことがありますか。 薬品名[ ] ある ない			
⑩ 心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病に罹りましたか。 病名[ ] ある ない			
⑪ 今までに、予防接種で副反応が出たことはありますか。 ワクチン[ ] ある ない			
⑫ 家族や兄弟または親戚に、予防接種で具合が悪くなった人はいいますか。			
⑬ 6カ月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか。			
⑭ 今日の体調はいかがですか。具合の悪いところはありますか。 何処[ ] ある ない			
医師	問診、診察の結果、接種可。接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。		
記入欄	ワクチン名[ ] 医師サイン		
本人または保護者	本人または保護者・親族・代諾者のサイン		
記入欄	医師の診察を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性、被害救済制度について理解したうえで接種を希望します。		