

# 予 防 接 種 予 診 票 (大人用)

氏 名		ワクチンの名前	
診察前の体温	度 分	生年月日	昭和・平成 年 月 日
予診票記入年月日	平成 年 月 日	接種当日の満年齢	満 歳 月

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
今日、身体に具合の悪いところがありますか？ あればその症状を書いてください。 ( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
糖尿病、慢性呼吸器疾患、高血圧、心臓疾患、その他の病気で医師の診察を受けていますか？ 診療を受けている場合には病名をお書き下さい。 病名 ( )	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良いといわれましたか？	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体のが具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
これ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？ 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
現在妊娠していますか？	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	

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) [ ]	予診医師のサイン
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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに ( 同意します・同意しません ) *かつこの中のどちらかを○で囲んで下さい。	本人のサイン
名称： メーカー名： 製造番号：	皮下接種 ml 医療機関： 医師名： 接種日時： 年 月 日