

氏名 _____ (患者番号 _____) 年齢 _____ 才 _____ カ月 _____

※患者番号は事務側が記載します。

① 今日から最近1週間で風邪症状・発熱はありませんでしたか？ (どちらかに○をつけてください。)

問題なし あり(症状: _____)
→ 現在も症状あり ・ 今は症状なし

② これまで予防接種での副作用はありましたか？ (どちらかに○をつけてください。)

なし あり(_____)

③ 母子手帳は持参していますか？

【 持参している ・ 母子手帳忘れ ・ 母子手帳紛失 】

④ 今回ご予約のワクチン

インフルエンザ ワクチン 1 回目 ・ 2 回目

最終接種日 年 月 日

※事務が記載します

⑤ 前回(最後に)接種したワクチンに、○をつけてください。(同時接種の場合は同時接種したもの全てご記入ください。)

■ 不活化ワクチン

・DPT-IPV(4種混合)(1・2・3・追加)

・DPT(3種混合)(1・2・3・追加)

・DTⅡ期

・不活化ポリオ(1・2・3・追加)

・日本脳炎(Ⅰ期1・2・追加・Ⅱ期)

・子宮頸癌(ガーダシル・サーバリックス)(1・2・3)

・ヒブ(1・2・3・追加)

・肺炎球菌(1・2・3・追加)

・B型肝炎(1・2・追加)

・インフルエンザ(1・2)

■ 生ワクチン

・MR(麻疹/風疹)(1期・2期)

・ロタ(1・2・3)

・おたふくかぜ(1・2)

・水痘(1・2)

・生ポリオ(1・2)

・BCG

最終接種日は 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日でした。

予防接種を受けるのは初めて(初めての方はこちらにをしてください。)

当院では接種履歴の確認できるもの(母子手帳)をご持参いただき、照らし合わせることで間違いのないように安全に皆様に予防接種を受けていただけるよう努めております。

接種歴が確認できない場合は当院での予防接種をお断りさせていただく場合があります。

上記のことを理解の上、同意します。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名 [_____]

確認サイン 医事課【 _____ 】 看護師【 _____ 】 医師【 _____ 】

<事務記載欄>(以下のいずれかに○をつける)

① 本日予定のワクチン [] の最終接種日から [] 日以上経過しているので接種可能。

② 最後に接種したワクチンは(不活化ワクチン/生ワクチン)であり、(1週間/4週間)以上経過しているので接種可能。