

※接種日

※太枠内はもれなく記入してください

(ふりがな) 氏名	生年月日 年 月 日
(男・女)	

質問事項		回答欄	
1	本日受ける予防接種の種類、接種回数に○をして下さい。 1度に接種できるのは2種類までです。	①A型肝炎：1回目 2回目 追加	
		②破傷風：1回目 2回目 追加	
		③狂犬病：1回目 2回目 3回目	
		④髄膜炎菌：1回目	
2	現在の体温は何度ですか。		℃
3	本日受け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
4	本日、体の具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)症状		
5	最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)病名		
6	心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫の病気、その他の慢性の病気はありますか。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)①病名 ②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もよいと言われましたか	いいえ	はい
7	近親者に先天性免疫不全と診断された人はいますか。	はい	いいえ
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)①最後のひきつけが起こった年月	年	月頃
	②そのときに熱がでましたか	はい	いいえ
9	薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
10	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。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)①予防接種名 ②症状		
11	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)予防接種名		
12	1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹(はしか)、風疹(三日ばしか)みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか。	はい	いいえ
	(はいと答えた人のみ)病名		
13	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい	いいえ
14	(女性のみ)現在妊娠をしていますか またはその疑いがありますか。	はい	いいえ
15	(狂犬病の予防接種を受ける人のみ)ゼラチン含有製剤やゼラチン有食品に対してショック、じんま疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか。	はい	いいえ
16	(狂犬病の予防接種を受ける人のみ)鶏由来のもの(鶏卵や鶏肉など)を含む製剤や食品に対してショック、じんま疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか。	はい	いいえ

予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種を希望しますか。	いいえ	はい
-------------------------------------	-----	----

本人の署名

※以下医療者記入欄※	
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は可能である	はい ・ いいえ
医師署名:	
接種経路及びLot No	
A型肝炎 筋肉(右・左) Lot No.	狂犬病 筋肉(右・左) Lot No.
破傷風 筋肉(右・左) Lot No.	髄膜炎菌 筋肉(右・左) Lot No.
施行者名サイン:	