

インフルエンザ・麻しん風しん・その他（ ）

予 防 接 種 予 診 票 (成 人 用)

受診月日：令和 年 月 日		診察前の体温 度 分	
住 所		電 話 番 号	
フリガナ		男	生年月日：平成 年 月 日
受ける人の氏名		女	昭和 才

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明書を読みましたか	はい いいえ	
2. 今日体に具合の悪いところがありますか、具体的な症状を書いてください 下痢・鼻水・咳・湿疹・その他（ ） いつから（ / ）	はい いいえ	
3. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	はい いいえ	
4. 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	はい いいえ	
5. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（ ） 接種月日（ / ）	はい いいえ	
6. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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	
6. で「はい」と答えた方 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よいと いわれましたか	はい いいえ	
7. ひきつけ（または、けいれん）をおこしたことがありますか（ ）頃	はい いいえ	
7. で「はい」と答えた方 そのとき高い熱がでましたか	はい いいえ	
8. 薬か食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
9. 女性の方におたずねします。妊娠または妊娠されている可能性はありますか	はい いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい いいえ	
11. 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 予防接種の種類（ ）	あ る な い	
12. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
13. 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
14. 今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	
医師の記入欄		医師署名
以上の質問及び診察の結果、今日の予防接種は 《 可能 ・ 見合わせる 》		

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や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 》
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 本人自署

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 年 月 日
ワクチン名	(皮下接種)	実 施 場 所 佐久間内科小児科医院
Lot No.		医 師 名 佐久間秀人
有効期限	接種量 0.5 ml	接種年月日 令和 年 月 日 時 分

注意！ 麻しん風しんワクチン接種後は、2カ月間の避妊が必要となります。