

B型肝炎ワクチン 予防接種予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

任意接種用

| | | | |
|-----------------|--|-----|------------------------------|
| 住所 | | 男・女 | 電話 () — |
| ふりがな 受ける人の氏名 | | | 生年 月 日 年 月 日生 (満 歳 ヲ月) |
| 保護者の氏名 | | | 診察前の体温 度 分 |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------------------------------|-----|-------|
| 1. 今日受けるB型肝炎ワクチンの接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか | いいえ | はい | |
| 2. 今日受けるB型肝炎ワクチンの予防接種は何回目ですか | () 回目 | | |
| 3. 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下さい () | はい | いいえ | |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか | はい 病名 () はい・いいえ はい・いいえ | いいえ | |
| 5. 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 | |
| 6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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 | |
| 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. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか | はい | いいえ | |
| 8. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか () 歳頃 | はい | いいえ | |
| そのときに熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| 9. 薬や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 | |
| 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 予防接種名・症状 () | はい | いいえ | |
| 11. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 12. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいますか 病名 () | はい | いいえ | |
| 13. (女性の方に) 現在、妊娠していますか | はい | いいえ | |
| 14. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いて下さい () | はい | いいえ | |
| 15. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい | | | |

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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)

本人(もしくは保護者)の署名

| 使用ワクチン名 | | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | | | |
|----------------------------|-----|---|----------------------|---|---|---|
| ビームゲン(組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来)) | | <input type="checkbox"/> 0.5mL(10歳以上) (皮下・筋肉内接種) | 実施場所 医師名 接種年月日 | 年 | 月 | 日 |
| メーカー名 | KMB | <input type="checkbox"/> 0.25mL(10歳未満) (皮下接種) | | | | |
| Lot. No. | | | | | | |
| カルテNo. | | | | | | |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。