B 型肝炎母子感染予防接種予診票（新生児・乳児用）

＊保護者の方へ：太ワク内におわかりになる範囲でご記入下さい。　　記入日：　　年　　月　　日

住　　所		男・女	診察前の体温　　度　　分	
ふりがな 受ける人の氏名			生年月日	年　　月　　日生 （満　　ヵ月又は生後　　日）
保護者の氏名			電話番号：	
			B 型肝炎ワクチン接種回数：　　回目	

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
1.　B 型肝炎の予防接種について説明文を読んで理解しましたか	は　い	いいえ	
2.　妊娠中に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	
3.　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	
4.　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	
5.　お子さんの予防接種について質問がありますか。 あれば具体的に書いて下さい　（　　）	は　い	いいえ	

2 回目以降の接種時の場合は、6～12 にもご記入ください。

6.　あなたのお子さんについておたずねします 在胎週数（　　）週　　出生体重（　　）g			
分娩時に異常がありましたか	は　い	いいえ	
出生後に異常がありましたか	は　い	いいえ	
お子さんの健診で異常があるといわれたことがありますか	は　い	いいえ	
7.　お子さんの体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい　（　　）	は　い	いいえ	
8.　１ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、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	
9.　１ヵ月以内にお子さんが予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	は　い	いいえ	
10.　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	
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	
11.　お子さんがひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか （満　　ヵ月又は生後　　日）	は　い	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	は　い	いいえ	

12.　その他、お子さんの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

13.　医師の記入欄
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　）
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。

医師署名又は記名押印

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　）
※かっこ内のどちらかを〇で囲んでください。

保護者の署名

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
ヘプタバックス®-Ⅱ水性懸濁注シリンジ 0.25mL （組換え沈降 B 型肝炎ワクチン(酵母由来)）		皮下接種 ０．２５mL	実施場所 医師名 接種年月日	年　　月　　日
メーカー名 Lot. No.	MSD 株式会社			

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。