A型肝炎　予防接種予診票

＊接種ご希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	昭和　年　月　日生 平成　（　歳　ヵ月）
（未成人者の場合）保護者氏名		住所 TEL（　）　－		

予防接種を受ける人の状態について、次の質問事項に○又は記入してお答え下さい。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1．今日、接種をご希望のA型肝炎ワクチンについての説明文（裏面）をお読みになりましたか。	はい	いいえ	
2．現在の体温は何度ですか。	（午前・午後　時）　度　分		
3．今日、からだの具合の悪いところがありますか。	はい（具体的に）	いいえ	
4．最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
5．家族や近所で、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。	はい（病名）	いいえ	
6．4週間以内に他の予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名）	いいえ	
7．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。 予防接種の名前（　）	はい	いいえ	
8．免疫不全症と診断されていますか。	はい	いいえ	
9．今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか。	はい（病名）	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いいといわれましたか。	はい	いいえ	
10．ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	はい（時期・回数）	いいえ	
11．薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。	はい（医薬品名・食品名、内容）	いいえ	
12．（ご婦人の方に）現在、妊娠しておられますか。また、その疑いはありますか。	妊娠している。 その疑いがある。	いいえ	
13．その他、医師に相談したいことがあれば書いて下さい。			

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　）

医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか　小児：保護者のサイン
（　はい　・　見合わせます　）　成人：本人もしくは代理人のサイン

※下の欄には書かないで下さい。

ワクチン接種日	初　回：　年　月　日 2回目：　年　月　日 3回目：　年　月　日	医師名	
ワクチン名： メーカー名： Lot No.		接種経路	皮下　・　筋肉内
		接種量	0.5mL　・（　）mL