B型肝炎 予防接種予診票

予防接種を受ける人の氏名	㊞	男 女	生年月日	昭和 平成　年　月　日生 満　歳　カ月
保護者の氏名	㊞	住所 TEL（　　）　—		

平常の体温	度　分	診察前の体温	度　分

予防接種を受ける人の健康状態について、次の質問事項に答えて下さい。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日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ください（　　）	はい	いいえ	
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週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
今までに特別な病気（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）にかかり医師に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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
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	いいえ	
お子さんの中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	
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	
家族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	
現在、妊娠していますか。また、その疑いはありますか	はい	いいえ	
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			

※下の欄には書かないで下さい。

ワクチン接種日	初回：平成　年　月　日 2回目：平成　年　月　日 3回目：平成　年　月　日	医師名	
ワクチン名 Lot. No.		実施場所	