

# Hibワクチン接種申込書・予診票

任意接種

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

		診察前の体温		度	分
回数	初回免疫 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ) ・ 追加免疫				
住所	〒 -		TEL ( ) -		
フリガナ		男・女	生年	平成 年 月 日生	
接種を受ける人の氏名			月日	( 歳 力月)	
保護者の氏名					

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種についての説明文(ウシ成分の使用に関する説明を含む)を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします。 出生体重は何gでしたか		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	
乳児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	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい(具体的に)	いいえ	
最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい(病名)	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	はい(病名)	いいえ	
「はい」の場合 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良いといわれましたか	はい	いいえ	
今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい 歳ごろ 回くらい 最後は 年 月ごろ	いいえ	
「はい」の場合 その時熱はでしたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	はい(薬・食品名)	いいえ	
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	
今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	はい(予防接種名)	いいえ	
近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい(予防接種名)	いいえ	
最近6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	
以上の問診および診察の結果、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、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した 医師の署名	

保護者記入欄	
予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか ( 受けます ・ 見合わせます )	署名(本人もしくは保護者)

使用ワクチン名 <small>(外箱に添付されている製造番号シールを貼付いただいても結構です)</small>	接種量	実施場所・医師名・接種日時
名称: 乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(破傷風トキソイド結合体) メーカー名: サノフィパスツール第一三共ワクチン 製造番号:	皮下接種 0.5mL 接種部位 左・右・上腕伸側部	実施場所 一社アレルギー科こどもクリニック 医師名 鳥居新平・鳥居明子 接種日時 平成 年 月 日 時 分

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。  
記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。