

日本脳炎 予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

住 所		男・女	電話 () -	
ふりがな 受ける人の氏名			生年 月 日	明治 大正 年 月 日生 昭和 平成 (満 歳)
ふりがな 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. 今日受ける予防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 具合の悪い症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
4. 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	
5. 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	
6. 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	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
8. 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	
9. 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	
10. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
11. 1カ月以内に家族や周囲ではしか、風しん、みずぼうそう、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	
12. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
13. (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	
14. 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			
15. 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、予防接種の効果や副反応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)

保護者の署名(もしくは本人の署名)

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
日本脳炎ワクチン		皮下接種 mL	実施場所	年 月 日 時 分
メーカー名 Lot. No. カルテNo.	化学及血清療法研究所		医師名 接種日時	