

A型肝炎ワクチン予防接種予診票

※患者さんへ：太枠内にご記入下さい。

※お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温 度 分

住所	電話			—	—
受ける人の氏名	男	生年	平成	年	月 日生
(保護者の氏名)	女	月日	昭和	満	歳 ヲ月

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
②現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	いる（病名） 薬を飲んでいますか（いる・いない）	ない	
③ここ1ヵ月の間に、何か病気で医師にかかったことがありますか。	ある（病名）	ない	
④今までいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
⑤今までに薬や食べ物で皮膚に発しんができたことがありますか。	ある（薬のまたは食品の名前）	ない	
⑥たまご又は鶏肉を食べて発しんができたり、下痢をしたことがありますか。	ある 年 月ごろ 今は食べて（いる・いない）	ない	
⑦4週間以内に、右の予防接種をうけたことがありますか。	MR（麻疹風疹混合ワクチン）・おたふくかせ 水痘・BCG・ポリオ生ワクチン	ない	
⑧1週間以内に、不活化ワクチン（質問⑦以外のワクチン）をうけたことがありますか。	ある（予防接種名）	ない	
⑨生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診断を受けていますか。	いる（病名・主治医コメント）	いない	
⑩今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名・症状： 年 月ごろ	ない	
⑪（ご婦人の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
⑫ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			

医師の記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。
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、説明しました。

医師のサイン 後藤 洋一

保護者又は本人の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解した上で、接種することに（同意します・同意しません）
※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 保護者又は本人のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・実施年月日
エイムゲン	0.5 ml	実施場所：板橋区小茂根1-27-19 後藤こどもクリニック 医師名： 後藤 洋一 接種年月日： 年 月 日
ロット番号		