

## 狂犬病ワクチン(ラビピュール筋注用) 接種予診票

回数	1回目(今回が初めて) ・ 2回目以降( )	診察前の体温	度	分
住所	〒	回目、前回接種日:	年	月 日
フリガナ		TEL ( )	-	
受ける人の氏名	男・女	生年月日	西暦	年 月 日 生 ( 歳 か月)

質問事項	回答	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか	いいえ	はい
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか	はい 病名、具体的な症状( )	いいえ
その病気で治療(投薬など)を受けていますか	はい 薬の名前・種類( )	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい 病名( )	いいえ
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液の病気、免疫不全症、その他)にかかり、医師の診察を受けていますか	はい 病名( )	いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	いいえ	はい
(接種される方がお子さんの場合) 分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい 具体的に( )	いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい( )歳頃	いいえ
その時、熱は出ましたか	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、具合が悪くなったことがありますか	はい 薬の名前・食品名( )	いいえ
ゼラチンを含む薬や食品に対してショックやアナフィラキシー(通常接種後30分以内に出現する血圧低下、呼吸困難や全身性のじんましんを伴うアレルギー反応のこと)を起こしたことがありますか	はい	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
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか	はい 病名( )	いいえ
最近1か月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名( ) 接種日( 月 日)	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	はい 予防接種名( )	いいえ
(女性の方に)現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか	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 具体的に( )	いいえ

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、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。 医師の署名又は記名捺印  
本人(もしくは保護者)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」に基づく救済などについて説明しました。

医師の診察・説明を受け、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」に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。 本人または代理人の署名  
( はい ・ いいえ ) 代理人の場合：関係

使用ワクチン名	接種部位・用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン ラビピュール筋注用 グラクソ・スミスクライン株式会社 製造番号:	筋肉内注射 1.0mL 左 ・ 右	実施場所: 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分