

## コレラワクチン(輸入) 予防接種予診票

|                |                      |             |                  |
|----------------|----------------------|-------------|------------------|
| 回数             | 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 | 診察前の体温      | 度 分              |
| (ふりがな) 受ける人の氏名 | ( )                  | 男<br>・<br>女 | 生年月日             |
| 保護者の氏名         |                      |             | 年 月 日<br>( 歳 か月) |
| 住所             |                      | TEL         |                  |

予防接種を受ける方の状態について、次の質問事項にお答え下さい。

| 質問事項  | 回答欄 |     | 医師<br>記入欄 |
|---|-----|-----|-----------|
| 今日はふだんと違った具合の悪いところがありますか？<br>具合の悪い箇所( )                             | はい  | いいえ |           |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか<br>病名( )   | はい  | いいえ |           |
| 1か月以内に家族や周囲で麻しん・風しん・みずぼうそう・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  | いいえ |           |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか<br>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、医師に診察を受けたことがありますか( ) | はい  | いいえ |           |
| これまでにけいれんを起こしたことがありますか ( )歳ごろ<br>そのときに熱がでましたか                       | 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<br>予防接種名( )                           | はい  | いいえ |           |
| 薬や食品で、具合が悪くなったことがありますか<br>薬品・食品名( )                                 | はい  | いいえ |           |
| ゼラチン含有製剤やゼラチン含有食品に対してショック、蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか     | はい  | いいえ |           |
| (女性の方に)現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありませんか                           | はい  | いいえ |           |
| 今日の予防接種について質問がありますか<br>具体的に( )                                      | はい  | 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) 医師の署名又は記名捺印と判断します。 \_\_\_\_\_

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PMDAの「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、重篤な副反応の可能性、PMDAの「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。 \_\_\_\_\_

( はい ・ いいえ ) 代理人の場合:関係 \_\_\_\_\_

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |             |
|---------|-------|---------------|-------------|
| メーカー名   | 筋肉内接種 | 実施場所          | かごしまたんぽぽ小児科 |
| Lot.No  | ml    | 医師名           | 山元 公恵       |
|         |       | 接種日時          |             |