

ダニ媒介性脳炎ワクチン(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・女	生年月日
保護者の氏名			年 月 日生 (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？ 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 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 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 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 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 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 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。 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	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	