



予 診 票

受診日 年 月 日

住 所	〒 -	電話番号	-	-
		携帯電話	-	-
氏 名	接種者	生年月日	西暦・令和	年 月 日
	保護者 (未成年の場合) ()		平成・昭和	(満 歳 か月)

本日、接種を希望するワクチン

1. おたふくかぜ (おたふくかぜ生ワクチン)	16. A型肝炎 (エイムゲン) 1回目・2回目・3回目・追加 (回目)
2. 水痘 (乾燥弱毒生水痘ワクチン)	17. B型肝炎 (ビームゲン) 1回目・2回目・3回目・追加 (回目)
3. 麻疹風疹混合 (MR) (ミールビック) 追加	18. 3種混合DPT (ジフテリア・百日咳・破傷風) (トリビック)
4. 新型コロナ (コミナティ (1価; オミクロンJN.1))	19. 破傷風 (沈降破傷風トキソイド) 1回目・2回目・追加 (回目)
5. インフルエンザ (インフルエンザHAワクチン) 1回目・2回目	20. 狂犬病 (ラビピュール) 1回目・2回目・3回目・追加 (回目)
6. 経鼻弱毒生インフルエンザ (フルミスト点鼻)	21. 日本脳炎 (ジェービックV) 追加 (回目)
7. 肺炎球菌 (成人用15価) (パクニユパンス)	22. 不活化ポリオ (イモバックスポリオ) 追加
8. 肺炎球菌 (成人用20価) (プレバナー20)	23. ダニ媒介性脳炎 (タイコバック) 1回目・2回目・3回目・追加 (回目)
9. 肺炎球菌 (成人用23価) (ニューモバックスNP)	24. 輸入A型・B型肝炎 (ツインリックス) 1回目・2回目・3回目・4回目
10. 帯状疱疹 (シングリックス) 1回目・2回目	25. 輸入B型肝炎 (エンゲリックス) 1回目・2回目・3回目・4回目
11. 子宮頸癌 (ヒトパピローマウイルス9価) (シルガード9) 1回目・2回目・3回目	26. 輸入成人用3種混合Tdap (ブーストリックス) 1回目・2回目・3回目・追加 (回目)
12. RSウイルス (アレックスビー)	
13. RSウイルス (アプリスボ)	
14. インフルエンザ菌b型 (ヒブ) (アクトヒブ)	
15. 髄膜炎菌 (4価) (メンクアッドフィ)	

質 問 事 項	回 答 欄	
① 今日の体温は、何℃でしたか。	. °C	
② 1カ月以内に予防接種を受けましたか。ワクチン []	はい	いいえ
③ 現在、病気で医師にかかっていますか。病名 []	はい	いいえ
④ 1カ月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹ったり、患者さんと接触しましたか。	はい	いいえ
⑤ 現在、妊娠中、または授乳中ですか。	はい	いいえ
⑥ 今までに、痙攣 (ひきつけ) を起こしたことはありますか。 歳頃、今までに 回	はい	いいえ
⑦ 卵を食べて発疹 (ポロ) が出たり、下痢をしたことがありますか。	ある	ない
⑧ 卵または食品アレルギーと言われたことがありますか。	ある	ない
⑨ 薬で唇が腫れたり、皮膚に発疹が出たことがありますか。 薬品名 []	ある	ない
⑩ 心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病に罹りましたか。 病名 []	ある	ない
⑪ 今までに、予防接種で副反応が出たことはありますか。 ワクチン []	ある	ない
⑫ 家族や兄弟または親戚に、予防接種で具合の悪くなった人はいますか。	ある	ない
⑬ 6カ月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか。	ある	ない
⑭ 今日の体調はいかがですか。具合の悪いところはありますか。 何処 []	ある	ない

医師記入欄	問診、診察の結果、 接種可 。接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。 ワクチン名 []	医師サイン
本人または保護者記入欄	医師の診察を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性、被害救済制度について理解したうえで 接種を希望します 。	本人または保護者・親族・代諾者のサイン