

氏名 _____ (患者番号 _____) 年齢 _____ 才 _____ カ月 _____

※患者番号は事務側が記載します。

母子手帳は持参していますか？

【 持参している ・ 母子手帳忘れ ・ 母子手帳紛失 】

(接種歴記載 あり・なし)

※事務が記載します。

① 今回ご予約のワクチン

インフルエンザワクチン 1回目 ・ 2回目

最終接種日 年 月 日

※事務が記載します

② 前回(最後に)接種したワクチンに、○をつけてください。(同時接種の場合は同時接種したもの全てご記入ください。)

[予防接種を受けるのは初めて ・ 予防接種を過去に受けたことがある]

■ 不活化ワクチン

- ・DPT(1・2・3・追加)
- ・DPT-IPV(4種混合)(1・2・3・追加)
- ・DT II 期
- ・不活化ポリオ(1・2・3・追加)
- ・日本脳炎(I 期 1 ・2・追加 ・II 期)
- ・子宮頸癌(ガーダシル・サーバリックス)(1・2・3)

- ・ヒブ(1・2・3・追加)
- ・肺炎球菌(1・2・3・追加)
- ・B 型肝炎(1・2・追加)
- ・インフルエンザ(1・2)

■ 生ワクチン

- ・MR(麻疹/風疹)(1期・2期・3期・4期)
- ・ロタ(1・2)
- ・おたふくかぜ
- ・水痘
- ・生ポリオ(1・2)
- ・BCG

接種日は 年 月 日でした。

③ 最近1週間の体調はどうでしたか？(どちらかに○をつけてください。)

問題なし あり()

④ これまで予防接種での副作用は？(どちらかに○をつけてください。)

なし あり()

当院では接種履歴の確認できるもの(母子手帳)をご持参いただき照らし合わせることで間違いのないように安全に皆様に予防接種を受けていただけるよう努めております。

接種歴が確認できない場合は当院での予防接種をお断りさせていただく場合があります。

上記のことを理解の上、同意します。

西暦 年 月 日 署名 []

確認サイン 医事課【 】 看護師【 】 医師【 】

<事務記載欄>(以下のいずれかに○をつける)

- ① 接種2回目の場合、前回インフルワクチンより(3~4週間)以上経過しているので接種可能。
- ② 前回最後に接種したワクチンは(不活化ワクチン/生ワクチン)であり、(1週間/4週間)以上経過しているので接種可能。