

B型肝炎予防接種 予診票

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

住 所	〒		
フリガナ			
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)			
緊急連絡先	—	—	
生年月日	平成・昭和	年	月 日生
年齢	生後	ヶ月	男・女

体温	℃
----	---

○をつけてください

1 回目
2 回目
3 回目

質問事項		回答欄		医師記入欄
1.	今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2.	今日、体の具合の悪いところがありますか。()	はい	いいえ	
3.	最近1か月以内に病気にかかりましたか。()	はい	いいえ	
4.	最近1か月以内に予防接種を受けましたか。()	はい	いいえ	
5.	分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい	いいえ	
6.	最近1か月以内に周囲に水痘・おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい	いいえ	
7.	今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	いいえ	
8.	今までに特別な病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
9.	今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
10.	薬や食品(卵)のアレルギーはありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄 以上の問診及び診療の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)	医師のサイン
--	--------

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を (希望する ・ 希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

ロット	ヘプタバックス ビームゲン	実施場所	おおたかの森こどもクリニック
		医師名	堀米 ゆみ
		接種日時	平成 年 月 日