

## 接種予診表＜成人用＞

※この予診表は当医療機関における個人情報保護方針に基づき管理されます

被接種者 氏名		生年月日	年 月 日	日生 満 歳
性別	男 ・ 女	診察前の体温		度 分
質問事項			回答欄	医師記入欄
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書き下さい ( )			はい いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )			はい いいえ	
1ヶ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	
糖尿病、慢性呼吸器疾患、高血圧、心臓疾患、その他の病気で 医師の診察を受けていますか 診察を受けている場合には病名をお書き下さい 病名 ( ) その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けても よいといわれましたか			はい いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹 や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 原因 ( )			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 ( )			ある ない	
現在、妊娠または授乳していますか			はい いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか			はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか			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 (可能・見合わせる)  
医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる)  
本人のサイン (もしくは代理人のサイン)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時			
名称:	皮下接種	医療機関名:	おかもと内科小児科診療所		
		医師名:	岡 本 一 徳		
製造番号:	ml	接種日時:	年 月 日 時 分		