



ID

※接種希望の方は、太枠内のみご記入下さい。

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所	フリガナ			TEL	—	—	
受ける人の氏名	男・女	生年月日	明治	大正	年	月	日生
(保護者の氏名)			昭和	平成	(歳)

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注意事項(別紙)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない)	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
5. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	いる(病名)	いない	
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
7. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
8. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
9. これまでに気管支喘息と診断され、現在治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状)	ない	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる(病名)	いない	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名)	いいえ	
13. (ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的にお書き下さい。	ある(具体的に)	ない	

医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は 医師の署名

(可能 ・ 見合わせる)

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。

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、接種を希望しますか。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません)	本人の署名
--	-------

使用ワクチンメーカー名(皮下摂取量)	実施場所・医師名・接種日時
薬剤名 Lot.No 右腕・左腕	実施場所: 聖カタリナ病院 中央区晴海 3-7-10
薬剤名 Lot.No 右腕・左腕	医師名:
	接種日時:

予防接種をお受けになる方へ

1. 予防接種を受ける前後の注意事項

- ・体調のよいときに受けてください。
- ・接種後は接種部位を清潔に保ち、接種当日は激しい運動を避けてください。
- ・当日の入浴・飲酒は控えてください。
- ・接種後に高熱やけいれんなどの異常が出現した場合は、速やかに医師の診察を受けてください。
- ・接種後1週間は体調に注意しましょう。また、接種後腫れが目立つときや機嫌が悪くなったときなどは医師・担当者にご相談ください。

2. 予防接種を受けることができない人・担当医と相談した方がよい人

- ・接種当日明らかに熱がある人(37.5度以上)
- ・体調の悪い人
- ・今までに予防接種で発熱・発疹・じんましんなどのアレルギー反応を認めた人
- ・1ヵ月以内に別の予防接種を受けた人(医師と相談してください)
- ・一部の予防注射は妊婦・免疫不全の基礎疾患のある方は接種できません。

	妊娠している方	免疫不全の基礎疾患がある方 ※主治医に確認の上接種してください
B 型肝炎	○	○
麻疹	×	×
風疹	× ※接種後妊娠が判明した場合、 かかりつけ産科医に必ず相談して ください	×
水痘	×	×
ムンプス	×	×
インフルエンザ	○	○

3. 副反応について

- ・予防接種後、様々な体調の変化が生じることがあり、これを副反応と言います。
- ・副反応のほとんどは、接種後 2日後までに発現して、その後 3日以内に自然消失しますが、稀に重い副反応として、ショックまたはアナフィラキシー様症状が報告されています。
(部分的副反応) 発赤、腫脹、しこり、痛み
(全身的副反応) 発熱、食欲不振、嘔吐、下痢、不眠、傾眠
- ・副反応が強いとき、心配な際は医師・担当者にご相談ください。