

【 ダニ媒介性脳炎 】 予防接種 予診票

*** 以下の太枠内をご記入ください**

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏名			
生年月日	年 月 日生（満 歳）	男 ・ 女	
質 問 事 項		回 答 欄	
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか		いいえ	はい
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか		ある（具体的に）	ない
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか（気管支ぜんそくなど）		はい（病名）	ない
4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか		はい（病名）	ない
5. 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（具体的に）	いいえ
6. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、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たことがありますか		はい（具体的に）	いいえ
7. 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		ある（ ころ 回くらい） 最後は 年 月ごろ	ない
8. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		ある（薬、食品名）	ない
9. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	いいえ
10. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか		はい（いつ、理由）	いいえ
11. 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 ご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は

(可 能 ・ 見合わせる)

医師の署名

本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療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

ワクチン名・ロット番号	接種年月日	年	月	日
シール添付位置	接種医師	遠田 耕平		

秋田赤十字病院 予防接種センター