

B型肝炎ワクチン(ヘプタックス®-II) 接種予診票

接種希望される方へ:太ワク内にご記入ください。

なお、ご記入いただいたご氏名・ご住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、予防接種に係る予診の目的にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

予防接種を受ける人の名前	男 女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名 (未成年者接種時)	住所: 電話:() -		

質問事項(あてはまる項目を○で囲んでください)

1. 今日の体温は何度ですか?	度 分 (午前・午後 時)	
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。	はい 症状()	いいえ
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ
4. 生まれてから今までに心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症など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 病名()	いいえ
5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい 時期()歳	いいえ
6. 今までに薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬・食品名()	いいえ
7. 今までに天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
8. 今までに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名()	いいえ
9. 1か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
10. 現在、妊娠していますか。又はその可能性がありますか。	はい	いいえ
11. その他、医師に相談したいことがあれば記入してください。		

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(可能・見合わせる) 医師の署名_____

B型肝炎ワクチン接種希望者(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後にご記入ください。)

私は、医師の診察・説明を受け、B型肝炎ワクチン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。

平成 年 月 日 被接種者署名_____

(※自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名および被接種者との続柄を記入ください)

* 医師記入欄(接種希望者は以下の欄に記入しないでください。)

使用ワクチン	接種量(経路)	実施場所・接種医師名
ワクチン:	0.25 / 0.5 mL	実施場所
Lot No.:	(皮下/筋肉内)	医師名
カルテ No.		接種年月日 (西暦) 年 月 日