

4価髄膜炎菌ワクチン接種申込書・予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

| | | | | |
|----------------------------|-----|--------|-----------|------------------|
| | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住所 | 〒 - | | TEL () - | |
| (フリガナ) 接種を受ける人の氏名 | () | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳 カ月) |
| (接種を受ける人が未成年の場合) 保護者の氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳 カ月) |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|-----|-----|-------|
| 今日受ける予防接種についての説明文および冊子を読み、理解しましたか。 | いいえ | はい | |
| 髄膜炎菌ワクチン接種を、過去に受けたことがありますか。 | いいえ | はい | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状() | はい | いいえ | |
| 最近、1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名() | はい | いいえ | |
| 1ヵ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 | |
| 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、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。 病名() | はい | いいえ | |
| 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よいといわれましたか。 | いいえ | はい | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 | はい | いいえ | |
| その時熱はでましたか。 | はい | いいえ | |
| 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はありますか。 薬・食品名() | はい | いいえ | |
| 近親者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 | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名() | はい | いいえ | |
| 近親者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 | |
| 現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理がおくれているなど)はありますか。 | はい | いいえ | |
| これまでに注射や採血などの針を刺す医療行為を受けて気分が悪くなったり、血管迷走神経反射と医師に言われたことがありますか。 | 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 | |
|---|--|
| 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 接種を受ける本人(またはその保護者)に対して予防接種の効果・副反応、およ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ました。 医師署名または記名押印 [] | |
| 本人または保護者記入欄 | |
| 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ました。 以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか(はい・いいえ)。どちらかを○で囲んでください。 本人または保護者の署名 [] | |

| 使用ワクチン名 <small>(外箱に添付されている製造番号シールを貼付いただいても結構です)</small> | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|---|--|-------------------------------------|
| 名称：4価髄膜炎菌ワクチン(破傷風トキソイド結合体) メーカー名：サノフィ ワクチンロット番号： | 筋肉内接種 0.5mL 接種部位 左・右 上腕三角筋部 左・右 大腿前外側部 | 医療機関名： 医師名： 接種年月日： 年 月 日() 時 |

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。