B型肝炎　予防接種予診票

＊**接種希望の方へ：太ワク内**にご記入ください。
＊お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

記入日	年　月　日

住所		男・女	電話（　　）　—
受ける人の氏名（ふりがな）			生年月日　大正・昭和・平成　年　月　日生（満　歳　ヵ月）
保護者の氏名			診察前の体温　度　分

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説明文を読んで理解しましたか		はい	いいえ	
2. 今日受ける予防接種は何回目ですか		（　）回目		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください（　）		はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい　病名（　）		いいえ	
・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。	はい・いいえ			
・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい・いいえ			
5. 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	
6. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、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		はい	いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか		はい	いいえ	
8. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（最後は　年　月頃）		はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか		はい	いいえ	
9. 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	いいえ	
10. 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・症状（　）		はい	いいえ	
11. 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	
12. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいますか 病名（　）		はい	いいえ	
13.（女性の方に）現在、妊娠していますか		はい	いいえ	
14.（接種を受けられる方がお子さんの場合） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いてください（　）		はい	いいえ	
15. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください				

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

医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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（もしくは保護者）の署名

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
ビームゲン（組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来））		□ 0.5mL（10歳以上）（皮下・筋肉内接種） □ 0.25mL（10歳未満）（皮下接種）	実施場所 医師名 接種年月日	平成　年　月　日
メーカー名 Lot. No. カルテ No.	化血研			

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。