

生年月日 西暦 年 月 日生
氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ カ月 _____

※高校卒業以上の未成年の方で、お手元に母子手帳がご用意できない方は、ご相談ください。

■予防接種を受けるのは初めてですか？(はい ・ いいえ)

■本日、別の場所で予防接種は受けていませんか？(受けていない・受けた)

※同日の接種はできません。日程の変更が必要です。※

■接種用紙に記載されている住所に変更はありますか？(あり ・ なし)

※転居した場合は、住民票登録されている区発行の接種用紙が必要です※

① 今日から最近1週間で風邪症状・発熱はありませんでしたか？(どちらかに○をつけてください。)

問題なし ・ あり(症状: _____) → (現在も症状あり ・ 今は症状なし)

② 本日まで予定のワクチン

① _____ ワクチン	期 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	※前回接種	年 月 日
② _____ ワクチン	期 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	※前回接種	年 月 日
③ _____ ワクチン	期 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	※前回接種	年 月 日
④ _____ ワクチン	期 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	※前回接種	年 月 日
⑤ _____ ワクチン	期 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加	※前回接種	年 月 日

※5 種混合を希望される方 前はどのメーカーのワクチンを接種しましたか？(下記のどれかに○をつけてください。)

(クイントバック ・ ゴービック ・ 不明)

③ B 型肝炎を接種する方 → 母子感染予防として、出生直後と生後1か月後に B 型肝炎ワクチンを接種しましたか？

はい (1回目 西暦 年 月 日 / 2回目 西暦 年 月 日)

いいえ

④ 1ヶ月以内に接種したワクチン(日付)に○をつけてください。

日付		日付
・ MR【麻疹風疹】 (/)	・ その他	((/))
・ 水痘 (/)		((/))
・ おたふく (/)		((/))
・ BCG (/)		((/))

当院では接種履歴の確認できるもの(母子手帳)をご持参いただき照らし合わせることで間違いのないように安全に、予防接種を受けていただけるよう努めております。接種歴が確認できない場合は当院での予防接種をお断りさせて頂く場合があります。 上記のことを理解の上、同意します。

西暦 年 月 日 署名 [_____]

<スタッフ記載欄> 確認サイン 医事課【 _____ 】 看護師【 _____ 】 医師【 _____ 】

■今回希望ワクチン (不活化ワクチン / 生ワクチン) のご予約

■ 1ヶ月以内 に接種したワクチンは (不活化ワクチン / 生ワクチン 【注射 / ロタ(経口)】) であり (1日 / 4週間) 以上経過しているため 接種可能

■同じワクチン [_____] の最終接種日から [_____] 日以上経過しているため接種可能

※前回と同一ワクチンを接種の場合は、接種間隔があいていることを確認！！