

破傷風トキソイド接種申込書・予診票

任意接種用

| | | | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
|--|---|-----|--------|---------|-----|-------|
| 住 所 | 〒 | | | TEL () | - | |
| フリガナ | | 男・女 | 生年 月 日 | 明 治 | 年 | 月 日 生 |
| 受ける人の氏名 | | | | 大 正 | | |
| (保護者の氏名) | | | | 昭 和 | (歳 | ヵ月) |
| | | | | 平 成 | | |
| 質 問 事 項 | | | | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
| 今日受ける破傷風の予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか | | | | いいえ | はい | |
| 今までに破傷風トキソイドを含む以下のワクチンの予防接種を受けたことがありますか (受けたことがある方は医師に申し出てください) ・四種混合ワクチン ・三種混合ワクチン ・沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド | | | | はい | いいえ | |
| 今日、具合の悪いところがありますか 具体的に() | | | | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気にかかっていますか 病名() | | | | はい | いいえ | |
| 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 治療(投薬など)を受けていますか 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 | |
| 1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名() | | | | はい | いいえ | |
| 4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() | | | | はい | いいえ | |
| 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名() 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もいいと言われましたか | | | | はい | いいえ | |
| けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか()歳頃 その時熱は出ましたか | | | | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名() | | | | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全の方はいますか | | | | 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がありますか 予防接種名() | | | | はい | いいえ | |
| (ご婦人の方に)現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか | | | | 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

以上の問診及び診察の結果、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
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ました

医師署名又は記名捺印 _____

本人記入(もしくは保護者)

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに
(同意します・同意しません)どちらかを○で囲んでください

署名 _____ (代筆者の場合: 続柄 _____) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

| 使用ワクチン名 | 用法・用量、接種部位 | 接種場所・医師名・接種日時 |
|---|-------------------------------|--|
| 名 称: 沈降破傷風トキソイド メーカー名: 北里第一三共ワクチン株式会社 製造番号: | 皮下・筋注 mL 接種部位 左・右 上腕伸側部 | 医療機関名: 医 師 名: 接 種 日 時: 年 月 日 時 分 |

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種に関する予診にのみ使用します。