

肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

	予診前の体温	度 分
住 所		TEL () -
受ける人の氏名	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生
家族の氏名	年 齢	(満 歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）の接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？ 具合が悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	はい	いいえ	
1ヶ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（心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか？ 病名 ()	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、具合が悪くなったことがありますか？	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？ 予防接種の名前 ()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか？	はい	いいえ	
医師の記入欄			
以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 医師のサイン			
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい ・ 見合わせる) 本人または家族のサイン			

使用ワクチン Lot No.	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
ニューモバックス Lot No. カルテ No.	筋肉内 ・ 皮下 (摂取量 : 0.5mL)	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日