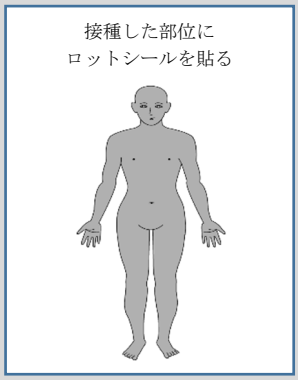
# 【トラベルクリニック専用】立命館保健センター・診療所　予防接種予診表

接種年月日　　年　　月　　日　　体温　　℃

| | |
|---|---|
| 住所 | 携帯番号　（　　）<br>電話番号　（　　） |
| 氏名 | 接種者 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日　　歳 |

**接種ワクチン**

1. Ａ型肝炎ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
2. Ｂ型肝炎ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
3. 麻疹ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
4. 風疹ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
5. 麻疹・風疹ワクチン（ＭＲ） ・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
6. 水痘ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
7. ムンプスワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
8. 破傷風トキソイド ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
9. ジフテリア・破傷風ワクチン（ＤＴ） ・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
10. 百日咳・ジフテリア・破傷風ワクチン（DPT）（1 回目・2 回目・3 回目）（追加　回目）
11. 日本脳炎ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
12. 不活化ポリオワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目・3 回目）（追加　回目）
13. ダニ媒介性脳炎ワクチン ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目・3 回目）（追加　回目）
14. 髄膜炎菌ワクチン(ACWY) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目）（追加　　回目）
15. 髄膜炎菌ワクチン(B)　**（輸入）** ・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目）（追加　　回目）
16. Tdap ワクチン **（輸入）** ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（1 回目）（追加　　回目）
17. 腸チフスワクチン **（国産・輸入）** ・・・・・・・・・（1 回目）（追加　　回目）
18. 狂犬病ワクチン **（国産・輸入）** ・・・・・・・・・・・（1 回目・2 回目・3 回目）（追加　　回目）




| 質問項目 | 解答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| 本日受けるワクチンについての説明文（別紙）を読み、効果や副反応などについて理解できましたか？ | 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 | |
| 最近１ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか：（　　） | はい | いいえ | |
| 治療している病気（高血圧、糖尿病など）はありますか？<br>病名・薬剤名　（　　） | 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良いと言われましたか？ | はい | いいえ | |
| １ヶ月以内に家族・友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜの方がいましたか？<br>誰が、病名(　　) | はい | いいえ | |
| ４週間以内に何か予防接種を受けましたか？　予防接種名(　　) | 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<br>予防接種名（　　） | はい | いいえ | |
| 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかった事がありますか；病名(　　) | はい | いいえ | |
| 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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　薬名・商品名(　　) | はい | いいえ | |
| 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか | はい | いいえ | |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか | はい | いいえ | |
| 最近６ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか | はい | いいえ | |
| 近親者の中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 | |
| 【女性の方】　現在妊娠もしくは妊娠の可能性がありますか<br>注：　生ワクチンの接種後は２ヶ月間は妊娠を避けることが必要です | はい | いいえ | |

| | | |
|---|---|---|
| 医師記入欄 | 問診、診察の結果接種の効果・副反応・健康被害救済等について説明した<br>**接種【可・否】** | 医師サイン |
| 本人記入欄 | 医師の診察を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性、被害救済制度について理解したうえで接種することに同意し、今日の予防接種を希望します | 本人のサイン（自署） |

2025.12