

予防接種を希望される方へ 通常用

下記の注意事項をお読みいただき、ご不明な点は遠慮なく医師にお聞きください。

- 1) 接種部位は清潔に保ち、かいたりこすったりしないで下さい。
日常生活は通常どおりで結構ですが、当日は過激な運動はさけて下さい。
- 2) 接種部位や体調に異常がなければ、入浴してもかまいません。その際、接種部位はこすらないで下さい。
- 3) 接種当日の飲酒はひかえて下さい。
- 4) 局所の発赤、腫れ、疼痛、硬結（接種部位が硬くなる）や全身反応として発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、筋肉痛、関節痛などが起こることがありますが通常2～3日中に消失します。
硬結が強い場合は、2回目以降の注射量を減らす事がありますので、2回目の接種時にお知らせください。
- 5) 接種後38度以上の高熱、または数日間にわたり微熱が続く、局所症状や全身反応が1週間ほど続く、けいれんなど異常反応があった場合は速やかに医師の診察を受けると共に当診療所へご連絡ください。

生ワクチン（風疹、麻疹、おたふくかぜ、水痘）の接種をご希望の方へ

生ワクチンは胎児への安全性が確立されていないため、妊婦への接種は行えません。

接種前1か月と接種後2か月は妊娠しないでください。万が一ワクチン接種後妊娠がわかった場合はかかりつけの産婦人科医または当診療所にご相談ください。

【生ワクチン】

- ★ 風疹：接種7～14日後に頸部リンパ節腫脹、発疹、関節痛を認めることがありますが、2～3日中に消失すれば心配いりません。
- ★ 麻疹：接種6～10日後に発熱、発疹をみとめることがありますが、2～3日中に消失すれば心配いりません。
- ★ 水痘：接種1～3週後に発熱、発疹を求めることがありますが、2～3日中に消失すれば心配いりません。
- ★ おたふくかぜ：接種2～3週間後に、耳下腺の腫脹を認めることがありますが、2～3日中に消失すれば心配いりません。

使用ワクチン名	ロット NO.	接種日時
ワクチン名		H 年 月 日
接種量 ml		時 分

医療法人財団 医親会 海上ビル診療所

東京都千代田区丸の内 1-2-1 東京海上日動ビルディング新館 3階

03-3212-7690



海上ビル診療所
医親会 03-3212-7690

予防接種問診票

通常用

2017/9/6

どの種類のワクチンの接種をご希望ですか？該当する項目に☑印を付けてください。

A型肝炎 B型肝炎 破傷風 狂犬病 その他()

氏名	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	日中の連絡先
----	------	---------	---	---	---	--------

本日の体温	℃	
現在、具合の悪いところがありますか？ 病状 ()	ある	ない
最近、1か月以内に家族や周囲に麻疹、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 ()	ある	ない
1か月以内に病気にかかったことがありますか？ 病名 ()	ある	ない
今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？ いつ頃 ()	ある	ない
今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全などの病気にかかったことがありますか？ 病名 ()	ある	ない
薬や食品で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？ 薬剤名 () 食品名 ()	ある	ない
これまでに予防接種を受けて発熱、発疹などの副反応が出たり具合が悪くなったことがありますか？ 接種名 ()	ある	ない
1か月以内に他の予防接種を受けましたか？ 接種名 ()	ある	ない
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンを受けましたか？	ある	ない
アルコール消毒にアレルギーはありますか？	ある	ない
《女性の方へ》		
現在、妊娠の可能性はありますか？	ある	ない
現在、授乳中ですか？	ある	ない

生ワクチン（風疹、麻疹、水痘、おたふくかぜ）の接種を希望される方へ 接種後2か月間は避妊が必要です。これを了承したうえで接種を希望されますか？	いいえ	はい
--	-----	----

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる 医師のサイン

予診の結果を聞いて、本日の予防接種を受けますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 見合わせます 本人サイン
--

使用ワクチン	ロットNO.	接種日時
ワクチン名 ml		H 年 月 日 時 分

(切り取り線 ≡)

余白

(切り取り線)

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。