

生年月日 西暦 年 月 日生

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ カ月 \_\_\_\_\_

■ 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 前回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 )

※小児肺炎球菌を希望される方 前回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。)

( プレベナー13 価 ・ バクニューバンス 15 価 ・ プレベナー20 価 ・ 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 ( / )       | <div style="display: flex; align-items: center;"> <span style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">(</span> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <span>・ ( / )</span> <span>・ ( / )</span> <span>・ ( / )</span> <span>・ ( / )</span> </div> <span style="font-size: 4em; margin-left: 10px;">)</span> </div> | ( / ) |
| ・ 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〔 \_\_\_\_\_ 〕 続柄〔 \_\_\_\_\_ 〕

<スタッフ記載欄>

同ワクチン・他ワクチンとの間隔が正しいか確認しました。 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 ) であり

( 1日 / 4週間 )以上経過しているの で 接種可能