



予防接種を受けられる方へ、安全に予防接種を受けていただくため以下の項目についてご記入をお願いいたします。

接種する方の
氏名

生年月日：西暦

年

月

日生

年齢

才

カ月

◆該当する項目への○印、または必要事項のご記入をお願いいたします。

1) 予防接種を受けるのは今回が初めてですか？…………… はい / いいえ

2) 接種用紙に記載されている住所に変更はありますか？…………… 変更あり / 変更なし

※転居された方は、新住所の区・市が発行した接種用紙が必要です。住所変更がある場合は受付までお申し出ください。

3) 本日、一緒に来院されている(同伴されている)方はどなたですか？…………… 本人のみ / 母 / 父

↓ 祖母 / 祖父 / 他(間柄：)

・本日、委任状はお持ちですか？…………… はい / いいえ

※保護者(父母)以外の方が同伴される場合は、委任状が必要です。委任状がないと予防接種を受けられませんのでご注意ください。

4) 本日を含め、ここ1週間以内に発熱や風邪の症状はありましたか？…………… 問題なし / あり(症状：)

※1週間以内に発熱があった場合は、当日の体調や安全を考慮し、予防接種を受けられないことがあります。

5) 本日接種予定のワクチン名と、その「前回接種日」をご記入ください。(※今回は1回目の場合は、前回接種日の欄は空欄で結構です。)

・	ワクチン	期	1	・	2	・	3	・	追加	前回接種	年	月	日
・	ワクチン	期	1	・	2	・	3	・	追加	前回接種	年	月	日
・	ワクチン	期	1	・	2	・	3	・	追加	前回接種	年	月	日
・	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へ、前はどちらのメーカーのワクチンを接種しましたか？

※当院は「クイントバック」です。他メーカーの場合は、取り寄せとなります。 【 ゴービック / 不明 / クイントバック 】

◎ 小児肺炎球菌を希望される方へ、前はどちらのメーカーのワクチンを接種しましたか？

※当院は「プレベナー20」です。他メーカーの場合は取り寄せとなります。 【 バクニューバンス15価 / 不明 / プレベナー20価 】

◎ B型肝炎を希望される方へ、出生直後、および生後1ヶ月以降に既に母子感染予防の接種を受けましたか？

・はい (1回目 西暦 年 月 日 / 2回目 西暦 年 月 日)

・いいえ

6) 本日より1ヶ月以内に他のワクチンを接種している場合、そのワクチンの種類と接種日をご記入ください。

＜ 生ワクチン ＞				＜ 接 種 日 ＞				＜ ワ ク チ ン 名 ＞				＜ 接 種 日 ＞			
・	MR(麻疹・風疹)	:		月		日		・	:		月		日		
・	水痘	:		月		日		・	:		月		日		
・	おたふく	:		月		日		・	:		月		日		
・	BCG	:		月		日		・	:		月		日		

当院では、接種履歴の確認できるもの(母子手帳など)をご持参いただき、過去の接種歴と照らし合わせることで、安全・確実な予防接種の実施に努めております。接種歴が確認できない場合は、当院での予防接種を受けられないことがございます。上記の内容をご理解の上、ご署名をお願いいたします。

西暦

年

月

日

署名〔

〕

続柄〔

＜以下スタッフ記載欄＞ ・下記の項目をご確認のうえ、□にレ点を入れてサインをお願いします。

医事課 看護師 医師

☐ ☐ ☐ ・年齢に応じた必要書類が揃っているか。(母子手帳又は接種歴の確認できるもの・予防接種同意書・委任状など)

☐ ☐ ☐ ・公費の接種用紙は有効期限内であるか。(※看護師・医師は、ワクチンの有効期限もあわせて確認すること。)

☐ ☐ ☐ ・今回の希望接種が生ワクチンの場合、4週以内に生ワクチンを接種していないか。

☐ ☐ ☐ ・同種のワクチンにおける接種間隔は適切であるか。

☐ ☐ ☐ ・メーカー違いなどによる、交接種不可のワクチンではないか。

tums

医事課【

】

看護師【

】

医師【

】

2026.8月改定