

生年月日 西暦 年

氏名 年齢 才 月 日生
カ月

■予防接種を受けるのは初めてですか？(はい ・ いいえ)

■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※

■本日、一緒に来院している方はどなたですか？ ⇒ 本人のみ ・ 母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他()

※祖母・祖父やその他のみの場合は委任状が必要です。委任状がない場合は接種をお断りさせていただいております※

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)

※1週間以内の発熱は接種をお断りさせていただき場合がございます※

② 本日ご予約のワクチン

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 種混合を希望される方 前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。)

□(**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 前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の接種日を記入してください。

日付		日付	
生 ワ ク チ ン	・ MR【麻疹風疹】(/)	・ その他	(/)
	・ 水痘 (/)		(/)
	・ 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>

(②④参照)1ヶ月以内に生ワクチンの接種(あり ・ なし)

↳今回希望ワクチンが生ワクチン:4週間以上空いていることを確認した。

看護師確認→前回の5種混合ワクチンの種類 (**ゴービック** ・ クイントバック)

医事課【 】 看護師【 】 医師【 】