医療機関控え

B型肝炎ワクチン（ヘプタバックス®-Ⅱ）接種予診票（任意接種用）

＊接種希望の方あるいは保護者の方へ：太ワク内 [　　] の箇所にもれなくご記入ください

ふりがな		男・女	診察前の体温	度　　分
受ける人の氏名			生年月日	年　　月　　日生 (満　　歳　　カ月)
			住　所	
保護者の氏名 （未成年者接種時）			電話番号	(　　)　　—

＊ 太ワク内の回答欄にもれなくご記入ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けるB型肝炎の予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けるB型肝炎ワクチンの予防接種は何回目ですか	(　　)回目		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
5. 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか　病名（　　）	はい	いいえ	
6. 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
7. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
8. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（最後は　　年　　月頃）	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
9. 薬や食品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	はい	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
11. 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 予防接種名・症状（　　）	はい	いいえ	
12. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
13. （お子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に書いてください（　　）	はい	いいえ	
14. （女性の場合）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

16. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください

17. 医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は　（ 可能 ・ 見合わせる ）
本人（もしくは保護者）に対して予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した
医師署名

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか （ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）
本人（もしくは保護者）の署名

使用ワクチン名 組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来)	用法・用量 10歳未満 皮下のみ	10歳以上 皮下又は筋肉内	実施場所・医師名・接種日	
ヘプタバックス®-Ⅱ水性懸濁注シリンジ0.25mL・0.5mL	□0.25mL	□0.5mL	実施場所	御茶ノ水ファミリークリニック
メーカー名 Lot.No. カルテ No.	MSD株式会社　注：有効期限が切れていないか確認してください		医師名 接種日	年　月　日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します