

破傷風トキソイド予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	フリガナ	TEL () -
受ける人の氏名	(保護者の氏名)	男・女 生年月日 年 月 日生 (歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる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. 今までにDPTワクチン(沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン)、DTトキソイド(沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド)、いずれかの予防接種を受けたことがありますか	はい(ワクチン)	いいえ	
3. 今までに破傷風トキソイドを接種したことがありますか	ある(ころ 回接種)	ない	
4. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 今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	はい(具体的に)	いいえ	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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	はい(具体的に)	いいえ	
11. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある(ころ 回くらい) (最後は 年 月ころ)	ない	
12. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬、食品名)	ない	
13. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
14. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい(いつ 理由)	いいえ	
15. 【ご婦人の方に】 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄

医師の署名

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)

本人または保護者に対して、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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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) 本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
沈降破傷風トキソイドキット「タケダ」 Lot No. : カルテNo. :	皮下・筋肉内接種 mL	実施場所: 御茶ノ水ファミリークリニック 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。