

# B型肝炎予防接種予診票

2024年度版

\*接種希望の方へ：太枠内全てご記入ください。

住所		男・女	電話番号		アルコールかぶれ はありますか？	
学籍番号			生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳 カ月)		
ふりがな			体温	度 分		
受ける人の氏名						
					はい	いいえ

質問事項	回答欄	
1. 今日受け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 ( )	はい	いいえ
4. 現在、何かの病気で医者にかかっていますか。 ・治療(投薬など)を受けていますか。 ・主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ( )	はい	いいえ
6. 今まで特別な病気(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、 医師の診断を受けていますか。 病名 ( ) ・主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ
7. 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
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ( ) 歳頃 そのときに熱がでましたか。	はい はい	いいえ いいえ
9. 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名 ( )	はい	いいえ
10. 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
11. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( ) 接種日 ( 月 日 ) コロナワクチンの場合は接種回数に○ ( 1・2・3・4・5・6・7 回目 )	はい	いいえ
12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹、風しん、水痘、 おたふくかぜ等にかかった方がいますか。 病名 ( )	はい	いいえ
13. 現在、妊娠していますか。	はい	いいえ
14. 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記入してください。		

医師記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は可能。本人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 又は 押印
--	------------

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。	希望しません	希望します
本人署名		

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名	
ヒームゲン(組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来))		0.5mL(皮下接種)	実施場所	杏林大学 井の頭キャンパス診療所
メーカー名	化血研/KMB	接種年月日		
Lot. No.		2024年	医師名	上記医師