

B型肝炎 予防接種予診票

任意接種用

*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 () -	
学 籍 番 号			生年 月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける人の氏名 <small>ふりがな</small>				
保護者の氏名			体 温	度 分

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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 具体的な症状を書いて下さい ()	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 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか	はい 病名 () 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 () 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	
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	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬または食品の名前 ()	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 ()	はい	いいえ	
12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった 方がいますか 病名 ()	はい	いいえ	
13. (女性の方に)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書いてください			

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・見合わせる) 医師署名又は記名押印
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		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
ビーメゲン(組換え沈降B型可燃ワクチン(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		医師名	上 記 医 師
Lot.No.			接種年月日	2021年 月 日

記載頂きました個人情報情報はワクチン接種の予診にのみ使用致します。