

B型肝炎ワクチン接種 問診表 1回目

妊娠中、又は妊娠の可能性のある方には予防接種を行うことが出来ません。

学籍番号 _____ フリガナ氏名 _____ 男・女 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 住所 _____

1. 今日の体温 _____ °C

2. 今日体の具合が悪いところがありますか？ _____ 有・無
「有」の方は具体的に症状を下記に記入してください。

3. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ _____ 有・無
「有」の方は具体的に下記に記入してください。

4. 1ヶ月以内にB型肝炎ワクチン以外の予防接種を受けましたか？ _____ 有・無
「有」の方はワクチン名を下記に記入してください。*インフルエンザワクチン後は一週間空けましょう
ワクチン名 (_____) 接種年月日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

5. 今までに先天性代謝異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症等の病気で医師の診察を受けていますか？ _____ 有・無
「有」の方は病名を下記に記入してください。

6. 今までに痙攣を起こしたことがありますか？ _____ 有・無

7. 今までに薬や食品でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ _____ 有・無
「有」の方は具体的に起こした症状を下記に記入してください。

8. 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？ _____ 有・無

9. 家族の方が予防接種を受けて具合が悪くなったことが有りますか？ _____ 有・無

10. 6ヶ月以内に輸血・血液製剤による治療を受けましたか？ _____ 有・無

11. (女性の方へ) 妊娠している可能性は有りますか？ _____ 有・無
最終月経はいつでしたか？ _____ 月 _____ 日

医師の診察結果

接種可・接種延期・接種不可

診察医 _____

接種日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

接種部位 : 右 ・ 左 _____ 痛み・痺れ 有・無 _____

接種者名 : _____