

B 型肝炎ワクチン接種 問診表 2 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有りますか？ _____ 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ありますか？ _____ 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. 前回の B 型肝炎ワクチン接種後副作用は有りましたか？ _____ 有・無
「有」の方は具体的な症状で該当する項目に○を付けて下さい。
全身の過敏症
発熱・ほてり・悪寒・倦怠感・違和感・発疹・かゆみ・蕁麻疹・感冒様症状
筋肉痛・背部痛・肩こり・関節痛
注射した部位の過敏症
かゆみ・疼痛・発赤・熱感・硬結・腫脹
消化器症状
吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・食欲不振
精神神経症状
頭痛・眠気・めまい
12. (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 : _____