

※こちらの予診票は他の医療機関では使用できません

事前にお電話で予約して下さい。(ワクチン調達の為)

※南長池診療所では1歳未満の方の接種はしていません。小児科での接種をお勧めしています。

小児の方は母子手帳をお持ち下さい。

太枠内にあらかじめ記入し、受付にご提出ください。

初めて来院される方は保険証をお持ち下さい。

| |
|--------|
| 体 温 |
|--------|

| | | | |
|------|---|--------|-------|
| 接種日 | | | |
| ふりがな | 年 月 日 | 生まれ | 才(月) |
| 名前 | 医療生協の組合員ですか? はい・いいえ <small>(組合員価格でご利用いただくには組合員証の提示が必要です)</small> | | |
| 保護者名 | (子どもがうけるときのみ) | 電話番号 : | |

① 希望のものをチェック

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ()回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 麻しん・風疹混合 MR | <input type="checkbox"/> ギフテリア・破傷風 (DT) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 PCV*小児用 <input type="checkbox"/> 麻しん (単独) Mのみ <input type="checkbox"/> 風 疹 (単独) Rのみ <input type="checkbox"/> 4種混合 DPT+IPV | <p>注意) これは大人用です</p> <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン (ニューモバックス) |
|--|---|---|

| | | | |
|--|---------------------|-----------|--------------------|
| ②以下の項目に記入して下さい | | いずれか○ | ありのとき、その内容を記入して下さい |
| 別紙(ワクチンの必要性や副反応に関する説明)を読み理解されましたか | | はい いいえ | |
| 現在、治療中あるいは通院中の病気 | | なし あり | |
| くすりや食べ物などのアレルギー | | なし あり | |
| 上記の他に、最近1か月以内に入院や治療を要したこと | | なし あり | |
| 最近1ヶ月以内に予防接種をうけたこと | | なし あり | |
| いままでに予防接種をうけて具合が悪くなったこと | | なし あり | |
| 6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの注射をうけたこと | | なし あり | |
| 小児のみ | 出生時や乳児健診で異常といわれたこと | なし あり | |
| | ひきつけ(けいれん)の経験はありますか | なし あり | |
| 女性のみ | 現在妊娠している可能性はありますか | なし あり | |
| ③今日の体調についての相談、その他のご質問など | | | |
| ④医師の問診/診察の結果、接種が可能と判断されたら接種を受けることに同意しますか(本人または保護者署名) | | 署名にて同意とする | 署名 |

<医師記入欄>

問診・診察の結果、予防接種が可能と判断し接種する

医師の署名

(サイン or 印鑑)

ロット NO.