

B型肝炎ワクチン(ヘプタバックス®-II) 接種予診票

医療機関控 複写①

接種希望される方へ:太枠内にご記入ください。

なお、ご記入いただいたご氏名・ご住所等の情報(以下「個人情報」といいます。)は、予防接種に係る予診の目的にのみ使用いたします。また、個人情報の安全管理のために必要な措置を講じ、適正に保持いたします。

予防接種を受ける人の名前	男 女	診察前の体温			度	分
		生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
(満 歳 か月)		住所:				
保護者氏名 (未成年者接種時)		電話:() -				

質問事項(あてはまる項目を○で囲んでください)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けるB型肝炎の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、体に具合の悪いところがありますか	はい 症状()	いいえ	
3. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名()	いいえ	
4. 生まれてから今までに心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症などの病気にかかり医師の診察を受けたことがありますか	はい 病名()	いいえ	
["はい"の場合] 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	
5. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい 時期()歳	いいえ	
6. 今までに薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬・食品名()	いいえ	
7. 天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。また交差反応を起こす食べ物(バナナ、キウイ、栗、アボガド等)により、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
8. 今までに予防接種を受けて体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名()	いいえ	
9. 1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名()	いいえ	
10. 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	
11. 現在、妊娠していますか。又はその可能性がありますか。	はい	いいえ	
12. その他、医師に相談したいことがあれば記入してください。			

13. 医師の記入欄
 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)
 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。
 医師署名

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・接種日時	
ヘプタバックス®-II (組換え沈降B型肝炎ワクチン(酵母由来))		0.25/0.5mL	実施場所	
メーカー名	MSD 株式会社	(皮下/筋肉内)	医師名	
Lot. No.			接種日	平成 年 月 日
カルテ No.				