

成人 RS ウイルスワクチン（アレックスビー）予防接種予診票(成人任意)

受診日	年	月	日	診察前の体温	度	分
住所				TEL()	-	
氏名(ふりがな)	男 女	生年月日		年 月 日		
		年齢		歳		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 受ける予定の予防接種についての説明を読んで、その効果と副反応について理解しましたか	いいえ	はい	
2. 最近 4 週間以内に何か予防接種をうけましたか	うけた (ワクチン名)	うけてない	
3. 今までに予防接種、薬、食品でアナフィラキシーという重いアレルギー反応をおこしたことがありますか	ある (原因)	ない	
4. 今までに予防接種、薬、食品で発疹、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	ある (原因)	ない	
5. 今日ふだと違って具合の悪いところがありますか	ある (内容)	ない	
6. 今、何か病気にかかっていますか (病名)	はい ()	いいえ	
7. 今、何か治療(投薬)をうけていますか (治療内容、薬名)	はい ()	いいえ	
8. 最近 1 か月以内に病気にかかったことがありますか (病名)	ある ()	ない	
9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他)として医師の診断をうけたことがありますか (いつ) (病名)	ある () ()	ない	
10. 6, 7, 8, 9 の場合、かかりつけ医に今日の予防接種をうけてよいと言われましたか	いいえ	はい	
11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある (年齢) (回数)	ない	
12. 家族の中に予防接種で具合が悪くなった人はいますか (誰) (ワクチン名)	いる () ()	いない	
13. 家族の中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか (誰)	いる ()	いない	
14. 今日の予防接種について何か質問がありますか (内容)	ある ()	ない	

医師記入欄 本人(またはその家族などの代理人)に対して、予防接種の効果、副反応、予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
 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)

医師署名または記名押印

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について理解した上で、
 今日の予防接種をうけますか いずれかに○をつけてください。(希望します ・ 見合わせます)

本人または代理人のサイン (代筆者の場合:続柄)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名:アレックスビー® メーカー名: GSK Lot No. 最終有効年月日を必ず確認すること	接種量 0.5 mL	東京都府中市若松町 3-35-7 えはら医院 江原 寛 年 月 日