

Tdap(BOOSTRIX)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. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	うけた (いつ) (理由)	うけてない	
4. 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	
5. 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	
6. 今日ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある (内容)	ない	
7. 今、何か病気にかかっていますか (病名)	はい ()	いいえ	
8. 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	
9. 最近1か月以内に病気にかかったことがありますか	ある (病名)	ない	
10. 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	ある (いつ) (病名)	ない	
11. 7, 8, 9, 10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	
12. 最近1か月以内に家族あるいは周りに麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった人がいますか	いる (誰) (病名)	いない	
13. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか またその時、熱は出ましたか	ある (年齢) (回数) でなかった	ない でた () (℃)	
14. 家族の中に予防接種で具合が悪くなった人はいますか	いる (誰) (ワクチン名)	いない	
15. 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	いる (誰)	いない	
16. 予防接種を受ける方が女性の場合 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性はありますか 2) 本日のワクチンがMR又は風疹の場合、接種後2か月間避妊の必要性について理解しましたか	はい いいえ	いいえ はい	
17. 今日の予防接種について何か質問がありますか	ある (内容)	ない	

医師記入欄 本人または保護者に対して、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)

医師サイン

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)

本人または保護者のサイン

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 BOOSTRIX®GSK Lot No. 最終有効年月日を必ず確認すること	mL	東京都府中市若松町 3-35-7 えはら医院 江原 寛 年 月 日 時 分