

予防接種名	MRワクチン(風疹麻疹混合)	日本脳炎	おたふくかぜ	コロナワクチン
	水痘 肺炎球菌(ニューモバックス・ハクニューハンス・プレバナー)		破傷風	A型肝炎 B型肝炎

住所				電話番号
氏名	ふりがな	男・女	生年月日 年 月 日	()歳

質問事項	回答欄	医師記入
1. 本日体に具合の悪いところがありますか? あれば具体的な症状を書いて下さい()	はい・いいえ	
2. 現在治療中の病気はありますか? 病名()	はい・いいえ	
3. その病気の主治医には本日の予防接種を受けていいと言われましたか? ※2.の質問に「はい」と答えた方のみ書いて下さい	はい・いいえ	
4. 生まれてから今までに特別な病気(心臓、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全 その他の病気)にかかり治療を受けたことはありますか? あれば分かる範囲で病名を書いて下さい 病名()	はい・いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に熱が出るなど病気にかかりましたか? あれば分かる範囲で病名を書いて下さい 病名()	はい・いいえ	
6. 1ヶ月以内に家族や友人で風疹、麻疹、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方は居ましたか? 病名()	はい・いいえ	
7. 1ヶ月以内に何か予防接種を受けましたか? あればその予防接種を書いて下さい 予防接種名()	はい・いいえ	
8. 肺炎球菌・コロナワクチンを打ったことがありますか? あれば前回の接種日を書いてください ※肺炎球菌・コロナワクチン接種の方のみ書いてください(前回 年 月 日) コロナワクチン接種の方のみ書いて下さい (接種 回目)	はい・いいえ	
9. 薬や食べ物で発疹など体の具合が悪くなったことがありますか? あれば何で具合が悪くなったか書いて下さい()	はい・いいえ	
10. 卵や鶏肉など何かアレルギーがありますか? あれば何のアレルギーがあるか書いて下さい()	はい・いいえ	
11. 家族の方で予防接種を受けて具合が悪くなった方は居ますか?	はい・いいえ	
12. 6ヶ月以内に輸血又はガンマグロブリンの投与を受けましたか?	はい・いいえ	
13. 現在妊娠している可能性がありますか? ※女性の方のみ書いて下さい	はい・いいえ	
14. その他医師に質問や伝えておきたいことがありましたら書いて下さい ()		

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などについて十分に理解した上で予防接種を受ける事に同意します	本人・保護者のサイン 2024年 月 日
---	-------------------------

医師の記入欄 以上の問診および診察の結果 予防接種は (可能・見合わせる)	医師のサイン	
ロット番号	接種量 ml	実施場所・接種年月日 横浜市青葉区鉄町2201-5 医)緑成会 横浜総合病院 年 月 日