

乾燥弱毒生水痘ワクチン 予診票

带状疱疹予防用

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住 所		電 話 番 号	()	-
フリガナ				
予 防 接 種 を 受 け る 人 の 氏 名		(代理人の氏名)		
生 年 月 日	年 月 日	日生 (歳)	※50歳以上が接種対象者です	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受けられる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、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
【“はい”の場合】その病気で治療(投薬など)を受けていますか	はい(薬の名前、種類)	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に何か病気がかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
6. 最近1ヵ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	
7. 今までに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか	ある(具体的に)	ない	
8. 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、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある(具体的に)	ない	
【“ある”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良いといわれましたか	いいえ	はい	
9. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある(いつ)	ない	
10. 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	ある(薬、食品名)	ない	
11. 近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
12. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
13. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい(いつ、理由)	いいえ	
14. 【ご婦人の方に】 1) 現在、妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
2) 接種後2ヵ月間の避妊についてご理解いただけましたか	いいえ	はい	
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に ご記入ください			

※これら以外に、接種にあたって確認させていただく場合があります。

医師の記入欄

以下の事項を、必ずご確認ください。

先天性及び後天性免疫不全状態の人は、接種できません。
例えば、急性及び慢性白血病、リンパ腫、骨髄やリンパ系に影響を与えるその他疾患、HIV感染またはAIDSによる免疫抑制状態、細胞性免疫不全などによる

薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態の人は、接種できません。生水痘ワクチンの併用について各薬剤の添付文書をご確認ください。
副腎皮質ステロイド剤(注射剤、経口剤)：プレドニゾロン等
免疫抑制剤：シクロスポリン(ネオーラル、サンディミュン)、タクロリムス(プロGRAF)、アザチオプリン(イムラン)等
その他免疫抑制作用のある薬剤：抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師の署名
本人(もしくは代理人)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器
総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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) 本人の署名(もしくは代理人の署名)

使用ワクチン名	摂取量	実施場所・医師名・接種日時
乾燥弱毒生水痘ワクチン 販売会社名 [] Lot No. : カルテNo. :	皮下接種 0.5 mL	実施場所: 医 師 名: 接種日時: 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報情報はワクチン接種の予診にに関してのみ使用いたします。