## 肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

	予診前	の 体 温	度	分	
住 所			TEL ( )	-	
受ける人の氏名		生年月日	明治・大正・昭和	年 月	日生
家族の氏名		年 齢	(満 歳	ヶ月)	

質 問 事 項	回	答 欄	医師記入欄			
肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種を受けたことがありますか?	はい	いいえ				
今日、体の具合の悪いところがありますか?	はい	いいえ				
具合が悪い症状を書いてください						
(						
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか?	はい	いいえ				
病名( )						
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか?	はい	いいえ				
予防接種名 (						
生まれてから今までに特別な病気(心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、	はい	いいえ				
免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか?						
病名( )						
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありま	はい	いいえ				
すか?						
これ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?	はい	いいえ				
予防接種の名前 ( )						
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか?	はい	いいえ				
医師の記入欄						
以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる ) 医師の	サイン					
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか						
( はい ・ 見合わせる ) 本人または家族のサイン						

使用ワクチン Lot No.	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
ニューモバックス	   筋肉内 ・ 皮下	実施場所
Lot No.		医師名
カルテ No.	( 按权里:0.5IIIL )	接種年月日 平成 年 月 日