

\*下の太枠内を記入してください

接種日 (西暦) 年 月 日

氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 歳

住所 〒 -

電話番号

Eメール

問診票 \*以下について「はい」または「いいえ」のいずれかを○で囲んでください。

本日、具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか？	はい	いいえ
「はい」の場合、病名 ( )		
これまでに大きな病気にかかったことがありますか？	はい	いいえ
「はい」の場合、病名 ( )		
現在、何か薬を使用していますか？	はい	いいえ
「はい」の場合、薬の名前 ( )		
今までに痙攣を起こしたことがありますか？	はい	いいえ
免疫不全症と診断されたことがありますか？	はい	いいえ
薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
4週間以内に予防接種 (ワクチン) を受けましたか？	はい	いいえ
「はい」の場合、予防接種の名前 ( )		
これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
採血や歯科治療で気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
【女性の方のみ】現在、妊娠していますか？妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
現在、健康状態で心配なことはありますか？	はい	いいえ
ワクチンについて十分説明を聞き、接種を希望しますか？	いいえ	はい

体温 \_\_\_\_\_ °C

【医師記載】接種 不可 ・ 可

ワクチン名	メーカー	ロット番号	接種部位
			左 右
			左 右
			左 右
			左 右

ワクチン接種済 証明書

上記接種したことを証明します

