予防接種申込書

平成　　年　　月　　日

◎円滑に予防接種を行うため、ご協力宜しくお願い致します。

質問	回答	病院側チェック欄
① 氏名（ふりがな） 接種者ご本人のお名前ですか。	【　　】 （　はい　・　いいえ　）	□
② 生年月日・年齢	【H　　年　　月　　日　・　　歳　　カ月】	□
③ 現時点での住所変更	（　あり　・　なし　） ↓　※新住所の記入をお願いします。 【　　】	□
④ 本日接種するワクチンは何ですか。 〈生ワクチン〉 ロタウイルス(ロタリックス、ロタテック)、BCG、MR(麻疹・風疹)、水痘、おたふく 〈不活化ワクチン〉 肺炎球菌、ヒブ、四種混合、二種混合(ジフテリア・破傷風)、B型肝炎、日本脳炎、インフルエンザ	（接種回数） 生ワクチン：　　（1・2・3） 不活化ワクチン①：　　（1・2・3・4） 不活化ワクチン②：　　（1・2・3・4）	□
⑤ 前回予防接種を受けた日にちはいつですか。（⑥を接種した日にち）	【平成　　年　　月　　日】	□
⑥ 前回接種したワクチンの種類は何ですか。 ※インフルエンザも含みます。	生ワクチン：　　（1・2・3） 不活化ワクチン：　　（1・2・3・4） 不活化ワクチン：　　（1・2・3・4）	□
⑦ 生ワクチンとの間隔は4週間空いていますか。	（　はい　・　いいえ　）	□
⑧ 不活化ワクチンとの間隔は1週間空いていますか。	（　はい　・　いいえ　）	□

看護師サイン

≪病院側確認事項≫※この欄は病院側で記入します。

① ワクチンの有効期限は確認しましたか。　（　はい　・　いいえ　）

② ワクチンの接種量は確認しましたか。　生　（　0.5ml　・　1.5ml　・　2.0ml　）
不①（　0.25ml　・　0.5ml　）
不②（　0.25ml　・　0.5ml　）

医師確認

たんぽぽ子どもクリニック