

接種者氏名()	【H・R 年 月 日・ 歳 カ月】	<input type="checkbox"/>																																										
住所変更があった場合記入をお願いします。	新住所 【 】	<input type="checkbox"/>																																										
本日接種するワクチンの種類	<p>該当のワクチンと回数に○をお願いします。</p> <table border="0"> <tr> <td rowspan="12" style="vertical-align: middle;">不活化ワクチン</td> <td>ヒブ</td> <td>1・2・3・追</td> <td rowspan="12" style="vertical-align: middle;">生ワクチン</td> <td>ロタリックス</td> <td>1・2・3</td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌</td> <td>1・2・3・追</td> <td>ロタテック</td> <td>1・2・3</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>1・2・3</td> <td>BCG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4種混合</td> <td>1・2・3・追</td> <td>麻しん・風しん</td> <td>I期・II期</td> </tr> <tr> <td>5種混合</td> <td>1・2・3・追</td> <td>水痘</td> <td>1・2</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>1・2・追・II期</td> <td>おたふく</td> <td>1・2</td> </tr> <tr> <td>二種混合</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>インフル</td> <td>1・2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HPV</td> <td>1・2・3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	不活化ワクチン	ヒブ	1・2・3・追	生ワクチン	ロタリックス	1・2・3	肺炎球菌	1・2・3・追	ロタテック	1・2・3	B型肝炎	1・2・3	BCG		4種混合	1・2・3・追	麻しん・風しん	I期・II期	5種混合	1・2・3・追	水痘	1・2	日本脳炎	1・2・追・II期	おたふく	1・2	二種混合				インフル	1・2			HPV	1・2・3			<input type="checkbox"/>				
不活化ワクチン	ヒブ		1・2・3・追	生ワクチン		ロタリックス	1・2・3																																					
	肺炎球菌		1・2・3・追			ロタテック	1・2・3																																					
	B型肝炎		1・2・3			BCG																																						
	4種混合		1・2・3・追			麻しん・風しん	I期・II期																																					
	5種混合		1・2・3・追			水痘	1・2																																					
	日本脳炎		1・2・追・II期			おたふく	1・2																																					
	二種混合																																											
	インフル		1・2																																									
	HPV		1・2・3																																									
	最後に受けたワクチンの日付・種類 <small>※数年前でも記入して下さい。 ※インフルエンザ・コロナも含まれます。</small>		<p>年 月 日</p> <table border="0"> <tr> <td rowspan="12" style="vertical-align: middle;">不活化ワクチン</td> <td>ヒブ</td> <td>1・2・3・追</td> <td rowspan="12" style="vertical-align: middle;">生ワクチン</td> <td>ロタリックス</td> <td>1・2・3</td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌</td> <td>1・2・3・追</td> <td>ロタテック</td> <td>1・2・3</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>1・2・3</td> <td>BCG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4種混合</td> <td>1・2・3・追</td> <td>麻しん・風しん</td> <td>I期・II期</td> </tr> <tr> <td>5種混合</td> <td>1・2・3・追</td> <td>水痘</td> <td>1・2</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>1・2・追・II期</td> <td>おたふく</td> <td>1・2</td> </tr> <tr> <td>二種混合</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>インフル</td> <td>1・2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HPV</td> <td>1・2・3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; border: 1px solid green; padding: 2px;">コロナ 1・2・3</p>			不活化ワクチン	ヒブ	1・2・3・追	生ワクチン	ロタリックス	1・2・3	肺炎球菌	1・2・3・追	ロタテック	1・2・3	B型肝炎	1・2・3	BCG		4種混合	1・2・3・追	麻しん・風しん	I期・II期	5種混合	1・2・3・追	水痘	1・2	日本脳炎	1・2・追・II期	おたふく	1・2	二種混合				インフル	1・2			HPV	1・2・3			<input type="checkbox"/>
	不活化ワクチン		ヒブ				1・2・3・追	生ワクチン		ロタリックス	1・2・3																																	
		肺炎球菌	1・2・3・追		ロタテック		1・2・3																																					
B型肝炎		1・2・3	BCG																																									
4種混合		1・2・3・追	麻しん・風しん	I期・II期																																								
5種混合		1・2・3・追	水痘	1・2																																								
日本脳炎		1・2・追・II期	おたふく	1・2																																								
二種混合																																												
インフル		1・2																																										
HPV		1・2・3																																										
最後に接種した生ワクチン <small>赤枠の中からお選びください。</small>		年 月 日・種類 _____	<input type="checkbox"/>																																									
新型コロナワクチンの最終接種歴		年 月 日	<input type="checkbox"/>																																									
<p>↓該当に✓お願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎の3回目 → 1回目から 20週以上(約5カ月)空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> ヒブの追加 → 3回目から 7カ月以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 肺炎球菌の追加 → 3回目から 60日以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 4種混合の追加 → 3回目から 1年以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 5種混合の追加 → 3回目から 1年以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 水痘の2回目 → 1回目から 6カ月以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本脳炎 2回目 → 1回目接種終了から 6日以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> 日本脳炎 3回目 → 2回目から 6カ月以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> ガーダシル・シルガード(15歳以上で1回目接種した方)2回目 → 1回目から 2カ月以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> シルガード(15歳未満で1回目接種した方)2回目 → 1回目から 6カ月以上空いている。</p> <p><input type="checkbox"/> ガーダシル・シルガード(15歳以上で1回目接種した方)3回目 → 1回目から 6カ月以上、 2回目から 3か月以上空いている。</p>																																												

≪病院側確認事項≫今日の予防接種は(可能・見合わせる) ②ワクチンの有効期限 OK

- ・ワクチンの摂取量 生①(0.5ml・1.5ml・2.0ml・BCG) 不①(0.1ml・0.25ml・0.5ml・1.0ml)
- 生②(0.5ml・1.5ml・2.0ml・BCG) 不②(0.1ml・0.25ml・0.5ml・1.0ml)
- 生③(0.5ml・1.5ml・2.0ml・BCG) 不③(0.1ml・0.25ml・0.5ml・1.0ml)
- 不④(0.1ml・0.25ml・0.5ml・1.0ml)
- 不⑤(0.1ml・0.25ml・0.5ml・1.0ml)

看護師サイン
医師確認