

予防接種申込書 ※母子手帳を確認してご記入下さい 年 月 日

接種者氏名()	【H・R 年 月 日・ 歳 カ月】	<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> <p>不活化ワクチン</p> <table border="1"> <tr><td>ヒブ</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>肺炎球菌</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>B型肝炎</td><td>1・2・3</td></tr> <tr><td>4種混合</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>5種混合</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>日本脳炎</td><td>1・2・追・Ⅱ期</td></tr> <tr><td>二種混合</td><td></td></tr> <tr><td>インフル</td><td>1・2</td></tr> <tr><td>HPV</td><td>1・2・3</td></tr> </table> <p>生ワクチン</p> <table border="1"> <tr><td>ロタリックス</td><td>1・2・3</td></tr> <tr><td>ロタテック</td><td>1・2・3</td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td></tr> <tr><td>麻しん・風しん</td><td>I期・Ⅱ期</td></tr> <tr><td>水痘</td><td>1・2</td></tr> <tr><td>おたふく</td><td>1・2</td></tr> </table>	ヒブ	1・2・3・追	肺炎球菌	1・2・3・追	B型肝炎	1・2・3	4種混合	1・2・3・追	5種混合	1・2・3・追	日本脳炎	1・2・追・Ⅱ期	二種混合		インフル	1・2	HPV	1・2・3	ロタリックス	1・2・3	ロタテック	1・2・3	BCG		麻しん・風しん	I期・Ⅱ期	水痘	1・2	おたふく	1・2	<input type="checkbox"/>
ヒブ	1・2・3・追																															
肺炎球菌	1・2・3・追																															
B型肝炎	1・2・3																															
4種混合	1・2・3・追																															
5種混合	1・2・3・追																															
日本脳炎	1・2・追・Ⅱ期																															
二種混合																																
インフル	1・2																															
HPV	1・2・3																															
ロタリックス	1・2・3																															
ロタテック	1・2・3																															
BCG																																
麻しん・風しん	I期・Ⅱ期																															
水痘	1・2																															
おたふく	1・2																															
最後に受けた ワクチンの日付・種類	<p>年 月 日</p> <p>不活化ワクチン</p> <table border="1"> <tr><td>ヒブ</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>肺炎球菌</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>B型肝炎</td><td>1・2・3</td></tr> <tr><td>4種混合</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>5種混合</td><td>1・2・3・追</td></tr> <tr><td>日本脳炎</td><td>1・2・追・Ⅱ期</td></tr> <tr><td>二種混合</td><td></td></tr> <tr><td>インフル</td><td>1・2</td></tr> <tr><td>HPV</td><td>1・2・3</td></tr> </table> <p>生ワクチン</p> <table border="1"> <tr><td>ロタリックス</td><td>1・2・3</td></tr> <tr><td>ロタテック</td><td>1・2・3</td></tr> <tr><td>BCG</td><td></td></tr> <tr><td>麻しん・風しん</td><td>I期・Ⅱ期</td></tr> <tr><td>水痘</td><td>1・2</td></tr> <tr><td>おたふく</td><td>1・2</td></tr> </table> <p>コロナ 1・2・3</p>	ヒブ	1・2・3・追	肺炎球菌	1・2・3・追	B型肝炎	1・2・3	4種混合	1・2・3・追	5種混合	1・2・3・追	日本脳炎	1・2・追・Ⅱ期	二種混合		インフル	1・2	HPV	1・2・3	ロタリックス	1・2・3	ロタテック	1・2・3	BCG		麻しん・風しん	I期・Ⅱ期	水痘	1・2	おたふく	1・2	<input type="checkbox"/>
ヒブ	1・2・3・追																															
肺炎球菌	1・2・3・追																															
B型肝炎	1・2・3																															
4種混合	1・2・3・追																															
5種混合	1・2・3・追																															
日本脳炎	1・2・追・Ⅱ期																															
二種混合																																
インフル	1・2																															
HPV	1・2・3																															
ロタリックス	1・2・3																															
ロタテック	1・2・3																															
BCG																																
麻しん・風しん	I期・Ⅱ期																															
水痘	1・2																															
おたふく	1・2																															
最後に接種した 生ワクチン 赤枠の中からお選びください。	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。 (プレバナー・バクニユバンス) どちらか確認している。</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