予防接種申込書　　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　◎母子手帳で確認をしながら記入して下さい。	病院側チェック欄
① ふりがな 氏名	○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 ・ R　　年　　月　　日 ・　　歳　　カ月】	□
③ 前回来院してから住所の変更はありますか。	（ あり・なし ）　※ありの場合新住所の記入をお願いします。 新住所【　　】	□
④ 本日接種するワクチンは何ですか。 ※下記の一覧を参考に記入して下さい。 〈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	生ワクチン：＿＿＿＿＿＿＿＿（1回・2回・3回・Ⅰ期・Ⅱ期・追加） 不活化ワクチン①：＿＿＿＿＿＿（1回・2回・3回・Ⅰ期・Ⅱ期・追加） 不活化ワクチン②：＿＿＿＿＿＿（1回・2回・3回・Ⅰ期・Ⅱ期・追加）	□
⑤ 全てのワクチンの中で最後に予防接種を受けた日にちはいつですか。またそのワクチンの種類は何ですか。 ※1、数年前でも記入して下さい。 ※2、インフルエンザも含みます。	【　　年　　月　　日】 生ワクチン：＿＿＿＿＿＿＿＿（1回・2回・3回・Ⅰ期・Ⅱ期・追加） 不活化ワクチン①：＿＿＿＿＿＿（1回・2回・3回・Ⅰ期・Ⅱ期・追加） 不活化ワクチン②：＿＿＿＿＿＿（1回・2回・3回・Ⅰ期・Ⅱ期・追加）	□
⑥ 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　）	□
⑦ 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　）	□

【該当する方は確認をお願いします。確認をしましたらチェック☑を入れて下さい。】

病院側チェック欄

- □ B型肝炎ワクチンの3回目を接種の方　→　**1回目の接種から20週以上(約5カ月)空いていますか。**　□
- □ ヒブワクチンの追加接種の方　→　**3回目接種終了から7カ月以上空いていますか。**　□
- □ 4種混合ワクチンの追加接種の方　→　**3回目接種終了から1年以上空いていますか。**　□
- □ 水痘ワクチンの2回目を接種の方　→　**1回目終了から6カ月以上空いていますか。**　□
- □ 日本脳炎(第Ⅰ期)ワクチンの追加接種の方　→　**2回目接種終了から1年以上空いていますか。**　□
- □ おたふくワクチンの2回目を接種の方　→　**1回目接種終了から約4～5年空いていますか。**　□

≪病院側確認事項≫※この欄は病院側で記入します。

① 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は確認しましたか。　（　はい　・　いいえ　）

③ ワクチンの接種量は確認しましたか。　生　（　0.5ml　・　1.5ml　・　2.0ml　・BCG　）

不①（　0.1ml　・　0.25ml　・0.5ml　・　1.0ml　）

不②（　0.1ml　・　0.25ml　・0.5ml　・　1.0ml　）

看護師サイン	医師確認

たんぽぽ子どもクリニック