肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

予診前の体温	度　　分

住　所		TEL（　　）　　—	
受ける人の氏名		生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日生
家族の氏名		年　齢	（満　　歳　　カ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
肺炎球菌ワクチン（ニューモバックス）の接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ 病名（　　）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（心臓、血管、血液、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか？ 病名（　　）	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種の名前（　　）	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか？	はい	いいえ	
医師の記入欄 以上の問診および予診の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる）　医師のサイン			
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか （はい ・ 見合わせる）　本人又は家族のサイン			

使用ワクチン Lot No.	接種経路	実施場所・接種医師名・接種年月日
ニューモバックス Lot. No. カルテ No.	筋肉内 ・ 皮下 （接種量：0.5mL）	実施場所 医師名 接種年月日　平成　　年　　月　　日