

任意ワクチン 申し込み書

インフルエンザ ① ②

6カ月以上3歳未満0.25mL,2~4週間隔2回
3歳以上13歳未満0.5mL,2~4週間隔2回
13歳以上成人0.5mL,1~4週間隔1~2回

おたふくかぜ ① ②

1歳以上と小学校入学前1年間
最短接種期間は4週間

水ぼうそう

13歳未満は3カ月以上の間隔
最短接種期間は4週間

A型肝炎 ① ② ③

0.65mL溶解0.5mL接種,1歳以上
2-4週間隔2回,初回接種から24週追加

B型肝炎 ① ② ③

4週間隔2回,初回から20~24週追加
10歳未満0.25mL,10歳以上0.5mL

破傷風 0.5mL

3~8週2回,6カ月以上追加
DPT接種完了後5~10年毎

接種者	診察券番号				体温			℃	
	ふりがな	男	生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日
	氏名	女		年齢			歳	か月	

・胎児期、出生時、健診で異常を指摘されましたか？	ある	・	ない
・今日 具合の悪いところがありますか？	ある	・	ない
・1カ月以内に 感染者への接触はありましたか？	ある	・	ない
・1カ月以内に ワクチン接種されましたか？	ある	・	ない
・現在の定期受診病名、過去の手術、入院病名	ある	・	ない
・過去のひきつけ、けいれんはありますか？	ある	・	ない
・ワクチンや薬による 副作用、副反応はありましたか？	ある	・	ない
・現在 食物 除去されていますか？	ある	・	ない
・家族の 予防接種の副作用、免疫不全診断はありますか？	ある	・	ない
・現在 妊娠中 または その疑いはありますか？	ある	・	ない
・6カ月以内の 輸血や ガンマグロブリンの投与はありますか？	ある	・	ない
・今日の 予防接種についてのご質問はありますか？	ある	・	ない

問診、診察の結果、予防接種は（実施できる・実施不可）と医師は判断いたします。

予防接種の効果、目的、重篤な副反応の可能性、健康被害救済制度を十分ご理解、ご納得
いただいて接種に同意されますか

同意します・同意しません

保護者・同伴者・本人 サイン

使用ワクチン 接種量
Lot No. 0.5mL 0.25mL mL
右 ・ 左

医療法人社団三愛小児科・アレルギー科
滋賀県栗東市小柿六丁目十番二号
Dr.
接種日
診察券番号