

安心して正しくワクチンを受けるために かかりつけ医から接種医へ

この用紙を接種券・予診票と一緒に、予防接種を受ける会場にご持参下さい

「基礎疾患のある方」は、前もってかかりつけ医や主治医を受診して、接種可能かどうかをよく聞いてください。病気や薬のことを良く理解してください。

「いつも服用している薬」が分かると助かります。「お薬手帳」か「お薬が分かるコピー」を持参してください。

氏名 大・昭・平 年 日生

患者さんとともに、かかりつけ医が、現在治療中の疾患や治療をチェックしました
かかりつけ医として、接種が可能と、患者さんにお話ししました。
ただし、接種当日の状態は、接種医に相談するように指示しました。

診察室血圧 / mmHg	家庭血圧 / mmHg	脈拍 整・不整 / min
-----------------	----------------	------------------

詳細な疾患名を記入しなくても、チェックするだけでも結構です。必要な場合のみ記入してください。

疾患内容： <input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 腎臓病 () <input type="checkbox"/> 肝臓病 () <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 () <input type="checkbox"/> 血液疾患 () <input type="checkbox"/> がん () <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 () <input type="checkbox"/> 免疫不全 () <input type="checkbox"/> その他 ()	治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 () <input type="checkbox"/> β 遮断薬・ α 遮断薬 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()
---	--

アレルギーの既往があるだけでは、接種不適合者にはなりません。

接種するワクチンの成分に関係のないものに対するアレルギーを持つ方も接種は可能です。

食物アレルギー・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎（花粉症）・蕁麻疹・アレルギー体質等

薬や食品などで、重いアレルギー症状（アナフィラキシーなど）を起こしたことがありますか。薬や食品など原因になったもの ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	-----------------------------	------------------------------

ワクチンの成分に対し重度の過敏症の既往のある人は、接種不適合者に該当します。

アナフィラキシーを含む即時型のアレルギー反応の既往歴がある人は、接種要注意者として、接種後 30 分間の経過観察が必要です。

当院で加療中の患者さんです。
上記のように接種のことを確認しています。ご高配のほどよろしくお願いします。

※下記のように複数の医療機関が書いてあるのは、
かかりつけ医だけではなく、病院などの主治医にも確認して頂くためです。

医療機関名 _____

医療機関名 _____

医師名 _____

医師名 _____