

## 安心して正しくワクチンを受けるために

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

他のワクチンや食べ物でアレルギーを起こしたことがある方でも、  
多くの場合は、ワクチンの接種を受けることができます。

「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

病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

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

現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか？ 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <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"/> その他（ _____ ）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--	-----------------------------	------------------------------

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 \_\_\_\_\_