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　　ヶ月）

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？ 具合が悪い症状を書いてください （　　）	はい	いいえ	
最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名（　　）	はい	いいえ	
１ヶ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、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 以上の問診及び予診の結果、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　）　本人または家族のサイン			

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 （　摂取量：0.5mL　）	実施場所 医師名 接種年月日　平成　　年　　月　　日