**生年月日　　　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年齢　　　　　　　才　　　　　　カ月**

**■　□予防接種を受けるのは初めてです（初めての方はこちらに☑をしてください。）**

**■接種用紙に記載されている住所に変更はありますか？（　あり ・ なし ）**

※転居した場合は、住民票登録されている区発行の接種用紙が必要です※

1. **今日から最近１週間で風邪症状・発熱はありませんでしたか？**（どちらかに○をつけてください。）

問題なし　　・　　あ　り（　症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　)　→　(現在も症状あり　・　今は症状なし)

1. **本日ご予定のワクチン**

①　　　　　　　　　　　　ワクチン　　　　期　１　・　２　・　３　・　追加　　　　※最終接種日　　　　　　年　　　　月　　　　日

②　　　　　　　　　　　　ワクチン　　　　期　１　・　２　・　３　・　追加　　　　※最終接種日　　　　　　年　　　　月　　　　日

③　　　　　　　　　　　　ワクチン　　　　期　１　・　２　・　３　・　追加　　　　※最終接種日　　　　　　年　　　　月　　　　日

④　　　　　　　　　　　　ワクチン　　　　期　１　・　２　・　３　・　追加　　　　※最終接種日　　　　　　年　　　　月　　　　日

⑤　　　　　　　　　　　　ワクチン　　　　期　１　・　２　・　３　・　追加　　　　※最終接種日　　　　　　年　　　　月　　　　日

**③　B型肝炎を接種する方**→　**母子感染予防として、**出生直後と生後１か月後にB型肝炎ワクチンを接種しましたか？

□はい　　　　（１回目　西暦　　　　　　年　　月　　　日　　/ ２回目　西暦　　　　　　年　　　　　月　　　　日）

□いいえ

**④　一番最後に接種したワクチン**を教えてください。（同時接種の場合は同時接種したもの全てご記入ください。）

**ワクチン名**

**・**

**・**

**・**

**・**

**・**

**☆最終接種日は　　西暦　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　接種しました**

当院では**接種履歴の確認できるもの（母子手帳）**をご持参いただき照らし合わせることで間違いのないように安全に、

予防接種を受けていただけるよう努めております。接種歴が確認できない場合は当院での予防接種をお断りさせて頂く場合があります。　　上記のことを理解の上、同意します。

西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 　　　　　署名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

---------------------------------------------------------------------------------------------------------<スタッフ記載欄> ■今回希望ワクチン　　　　　 　(　不活化ワクチン　/　　生ワクチン　)　のご予定

■最後に接種したワクチンは　（　不活化ワクチン / 生ワクチン　【注射　/　ロタ（経口）】 ） であり

（　　1日　　/　　4週間　　）以上経過しているので　接種可能

■同一接種のワクチン　　　　　　　　の最終接種日から　　　　日以上経過しているので接種可能。

※前回と同一ワクチンを接種の場合は、接種間隔があいていることを確認！！

確認サイン　　医事課【　　　　　　　】　　看護師【　　　　　　　】　　医師【　　　　　　　】