

受診日 令和      年      月      日

|           |     |     |    |         |
|-----------|-----|-----|----|---------|
| 事業所名      |     |     |    |         |
| フリガナ      |     | 男・女 | 生年 | S・H     |
| 氏名        |     |     | 月日 | 年 月 日 歳 |
| 受診者<br>住所 | 〒 - |     | 電話 |         |

本日の体温                  ・    °C         （37.5℃以上は接種不可）

※次の事項のいずれかにボールペンでご記入(○で囲む等)ください。

| 質問事項                                               | 回答欄 |     | 医師記入欄 |
|----------------------------------------------------|-----|-----|-------|
| 1.本日の体調は良好ですか<br>具合の悪い症状（ ）                        | はい  | いいえ |       |
| 2.1ヶ月以内の病気の有無<br>病名（ ）                             | 有   | 無   |       |
| 3.家族や身近な人で、下記の病気の有無(1ヶ月以内)<br>(麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・他 ) | 有   | 無   |       |
| 4.1ヶ月以内の予防接種受診歴の有無<br>予防接種名（ ）                     | 有   | 無   |       |
| 5.下記の既往歴の有無<br>(先天性異常・心疾患・腎疾患・免疫不全・けいれん・脳神経系疾患)    | 有   | 無   |       |
| 6.間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患の有無                            | 有   | 無   |       |
| 7.薬物や食物(卵など)でアレルギーの有無<br>薬品又は食物（ ）                 | 有   | 無   |       |
| 8.過去の予防接種による副作用の有無<br>症状（ ）                        | 有   | 無   |       |
| 9.家族内で、予防接種による副作用の有無<br>症状（ ）                      | 有   | 無   |       |
| 10.6か月以内に輸血やガンマグロブリンの接種を受けましたか                     | はい  | いいえ |       |
| 11.妊娠中または妊娠の可能性ありますか * 女性のみ記入                      | はい  | いいえ |       |
| 12.その他、予防接種を実施するにあたり気になることあれば記入してください。             |     |     |       |

受診者記入欄      本日の予防接種を受けますか  
                                ( はい ・ 見合わせる )      本人の署名

医師記入欄                      本日の予防接種は    (    可能   ・   見合わせる   )                      医師署名

| 使用ワクチン名          | 最終有効期限 | 接種量     | 副作用＜医師記入＞ |
|------------------|--------|---------|-----------|
| ワクチン名            | 年 月 日  | .....ml | 1. 無      |
| LOT No.<br>製造販売元 |        | 皮下接種    | 2. 有      |

【個人情報保護について】

今回受診されたまず医療情報のすべての情報に関しまして第三者へ漏洩なきよう厳重に管理いたしますが、労働安全法上ご本人様以外に健康診断実施機関と事業所の健康管理者、健康保険組合はこの情報を共有しております。何卒ご了承いただきますようお願いいたします。

太枠内をご記入下さい

神奈川県労働衛生福祉協会