B형 간염백신 접종 예진표

이번 접종 및 지금까지의 접종력 ※이번 접종에「○」표 해주십시오.] 회			2회				3회	
	년	월	일		년 월	일			
아래의 굵은 선 안의 질문 항목에 필요 사항을 기재하고 회답란의 해당하는 곳에 ○표 전찰 전 체온								도	
질 문 사 항						회달	급 란	의사 기입란	
1 오늘 받을 예방접종에 대해 구에서 배부한 설명서를 읽어 보셨습니까?						아니오	예		
2 예방접종을 받는 자녀분은 B형 간염 바이러스(HBs항원)양성인 어머니에게서 태어났습니까?						예※	아니오		
3 예방접종을 받는 자녀분의 발육과정에 대해서 질문하겠습니다.								1	
출생 시 체중() g 분만 시 이상이 있었습니까?						예	아니오	1	
출생 후 이상이 있었습니까?						 Øl	아니오	1	
유아 건강검진 시 이상이 있다는 지적을 받은 적이 있습니까?						OH OH	아니오	1	
4 오늘 몸이 아프거나 불편한 곳이 있습니까?							01110	1	
구체적인 증상을 적어 주세요.(예	아니오		
5 최근 1개월 이내에 병을 앓은 적이 있습니까? 병명()							아니오	1	
6 1개월 이내에 가족 또는 친구 중 홍역,풍진,수두,유행성이하선염 등을 앓은 사람이 있습니까?							٥١١١٥		
병명(예	아니오		
7 1개월 이내에 예방접종을 받았습니까?						ØI	아니오		
예방접종명(접종일 /)						М	이디포		
8 출생 후부터 지금까지 선천성이상,심장,신장,간장,뇌신경,면역결핍증,기타 질병에 걸려						ØI	아니오		
의사의 진찰을 받고 있습니까? 병명 ()						···	이디エ		
상기 질병 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?						예	아니오		
9 현재 스테로이드제(내복)나 면역억제제 등 특별한 약의 투여를 받고 있습니까?						예	아니오		
10 경련을 일으킨 적이 있습니까? () 세 경						예	아니오		
그때 발열이 있었습니까?						예	아니오		
11 약,식품,천연고무(라텍스)제품으로 발진이나 두드러기가 나거나 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습						슬 예	아니오		
12 근친자 중에 선천성 면역결핍증으로 진단 받은 사람이 있습니까?						예	아니오		
13 지금까지 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종명 ()						예	아니오		
14 근친자 중에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 분이 있습니까?						예	아니오		
15 오늘 받을 예방접종이 대해 질문에 있습니까?						예	아니오		
医師記入欄									
2※に該当する場合、母子感染予防に係る保険診療のため、定期予防接種の対象外であることを説明しました。									
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせたほうがよい)と判断します。									
医師署名又は記名押印									
						·所▪接種医師≉	占		
의사의 진찰,설명을 듣고 예방접종의 효과나 목적,심각 한 부반응의 가능성,예방접종 건강피해 구제제도 등에 대 接種量は0.25ml 実施場所									
한 부인증의 가능성,예영접용 건성피해 해 이해하였으므로 예방접종에		ームケ゛ン 0.25mL							
(동의합니다 • 동의하지	_	ームケン 0.5mL							
※괄호 안의 해당하는 곳에 ○표 해주세요.			プタバックス−Ⅱ).						
보 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있 (১১) 동화병미명 45년 4년									
습니다. 이를 이해하고 본 예진표가 구에 제출되는 것에 (注)有効期限が切れて いないか要確認 (注)有効期限が切れて (以ないか要確認 (注)を持ちなり									
接種的位 接種医師名									
또는 동반자 서명			上腕	拉	锸(圣診)年日口				
		右	その他()	按	種(予診)年月日		年	月 日	