# 外来注射引換券

注射箋番号　外来　【緊急】2016-0913-0066　　実施日：　2016-09-13(火)

実施場所：

| | |
|---|---|
| 患者ＩＤ<br>カナ<br>氏名　　様　(男)<br>(38歳)<br>生年月日 | オーダ医師<br>診療科<br>身長・体重<br>病棟・病室 |

| 手技 | 経路/部位 | 薬品 | 使用量 | 速度/時間 | ﾀｲﾐﾝｸﾞ | 準備者 | 前確認者 | 実施者 | 指示/コメント |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 筋肉注:ワンショット | | (冷)Boostrix (3種混合ﾜｸﾁﾝ)(0.5mL) | 1本 | | 1回(1/1) | | | | |

## 予防接種の記録
Immunization Record

| ツベルクリン反応検査 TB Skin Test | | | | | | BCG | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 実施年月日 Y/M/D (年齢) | 注射部位 | 実施者署名 Physician | 反応 (mm) | 判定 Result | 判定者署名 Physician | 接種年月日 Y/M/D (年齢) | ロット Lot.No | 接種者署名 Physician |
| | 左 右 上中下 | | | | | | | |
| | 左 右 上中下 | | | | | | | |

ジフテリア・百日せき・破傷風混合（DPT）
Diphtheria・Pertussis・Tetanus combined

| 時期 | | ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年齢) | メーカー/ロット Manufac-turer / Lot.No. | 接種者署名 Physician | 備 Rem |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 第1期初回 | 1回 | | | | | |
| | 2回 | | | | | |
| | 3回 | | | | | |
| 第1期追加 | | | | | | |

○薬剤などのアレルギー記入欄



見本

大阪 花子

| ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年齢) | メーカー/ロット Manufac-turer / Lot.No. | 接種者署名 Physician | 備 考 Remarks |
|---|---|---|---|---|
| ポリオ (Oral Polio Vaccine) | | | | |
| | | | | |
| 麻しん（はしか） Measles | | | | |
| 風しん（三日はしか） Rubella | | | | |

日本脳炎
Japanese Encephalitis

| 時期 | | 接種年月日 Y/M/D (年齢) | メーカー/ロット Manufac-turer / Lot.No. | 接種者署名 Physician | 備 考 Remarks |
|---|---|---|---|---|---|
| 第1期初回 | 1回 | | | | |
| | 2回 | | | | |
| 第1期追加 | | | | | |



## その他の予防接種

| ワクチンの種類 Vaccine | 接種年月日 Y/M/D (年齢) | メーカー/ロット Manufac-turer / Lot.No. | 接種者署名 Physician | 備 考 Remarks |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

見本

このページは保護者自身で記入してください。

## 今までにかかった主な病気
Record of Childhood Illnesses

| 病名 Illnesses | 年月日 Y/M/D (年齢) | 備考（症状・合併症など） Remarks |
|---|---|---|
| 麻しん（はしか） Measles | | |
| 水痘（水ぼうそう） Chickenpox | | |
| おたふくかぜ Mumps | | |
| 風しん Rubella | | |
| 伝染性紅斑 Erythema Infectiosum | | |
| 手足口病 Hand-Foot-Mouth Disease | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |