

予防接種予診票

〔 ロタ・B型肝炎・おたふく・みずぼうそう・インフルエンザ・その他（ ） 〕

診察券番号 _____

フリガナ

予防接種を受ける人の氏名 _____ 男・女 生年月日 平成____年____月____日生

保護者の氏名 _____ (____歳 ____ヶ月)

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	今日（診察前）の体温は何度ですか	度	分	
2	今日受ける予防接種について、説明書等を読み効果や副反応について理解しましたか			
3	今日、予防接種を受ける人の発育歴についておたずねします（出生体重 g）			
	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
	出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
	乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか	はい	いいえ	
	具体的な病状（ ）			
4	今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状（ ）	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に病気にかかりましたか 具体的な病名（ ）	はい	いいえ	
6	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
7	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 接種日（ / ） 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
8	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
9	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病 気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ	
	その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
10	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか （ 歳頃）	はい	いいえ	
	その時、熱がでましたか	はい	いいえ	
11	薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名（ ）	はい	いいえ	
12	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
13	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	はい	いいえ	
14	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
15	（妊娠可能か方に）現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ	
16	今日の予防接種について質問がありますか 具体的な内容（ ）	はい	いいえ	
医師記入	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は実施 （ 可能 ・ 見合わせる ）と判断します。	医師署名又は記名押印 <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">高見 剛</div>		
保護者（本人） 記入	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などに ついて理解したうえで予防接種を希望します。	保護者（本人）署名		
ワクチン製造元 Lot No.	接種量 ml	医療機関名 接種医師名	代々木上原こどもクリニック 院長 高見 剛	接種日 平成 年 月 日