

【 ( 回目 ) 】 予防接種予診票

住所	〒	診察前の体温	度 分
フリガナ		男・女	生年月日 (満年齢)
受ける人の氏名			平成 年 月 日 (満年齢 歳 か月)
保護者の氏名		電話番号	— —

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでご記入ください。

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
2	あなたのお子さん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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5	1カ月以内に家族や仲間に麻疹、風しん、水痘、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	
6	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
7	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 ( ) その病気を診てもらっ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 はい	いいえ いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( ) 歳頃 そのとき熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
9	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	はい	いいえ	
10	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	
11	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
12	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	はい	いいえ	
13	6カ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	
14	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師署名又は押印

保護者記入欄

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上で接種を希望しますか  
(接種を希望します・ 希望しません) 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	皮下接種 ml	左腕 上・下	家城産婦人科医院
Lot No.		右腕 上・下	小児科医 家城亜紀子
※有効期限確認	経口 (ロタ) 1.5ml	大腿 右・左	平成 年 月 日

※ ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで行われることがあり、この注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。