[　　（　　回目）] 予防接種予診票　任意接種用

住所	〒		診察前の体温	度　　分
フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日 (年齢　歳　か月)
受ける人の氏名				
(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	【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
2	今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
3	現在、何かの病気で医師にかかっていますか（気管支ぜんそくなど）	はい（病名）	いいえ	
4	最近１ヶ月の間に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
5	最近１ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
6	最近１ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
7	今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（具体的に）	いいえ	
8	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい（具体的に）	いいえ	
9	今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、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	はい（具体的に）	いいえ	
10	今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	ある　ごろ　回くらい 最後は　年　月ごろ	ない	
11	薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
12	近親者の中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	最近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（いつ　理由）	いいえ	
14	【ご婦人の方に】 １）今妊娠しているあるいは可能性がありますか	はい	いいえ	
	２）接種後約２ヶ月間の避妊について説明を受けましたか	いいえ	はい	
15	その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

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）　医師著名又は押印

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）　本人の署名（もしくは保護者の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No. ※有効期限確認	皮下接種　　ml	家城産婦人科医院 小児科医　家城亜紀子 年　月　日

※　記載いただきました個人情報はワクチン接種の予約に関してのみ使用します。