

# 予防接種予診票

ロタウイルス・おたふくかぜ・麻疹・風疹・水痘  
B型肝炎・その他 ( )

初回・2回目・3回目

任意接種用

太線の枠内を記入もしくは○でかこんでください。  
お子様の場合は保護者の方が記入してください。

住所		TEL		診察前の体温		度		分	
受ける人の氏名		男女		生年月日		( )		-	
(保護者の氏名)						( 歳 ヶ月)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明を読み理解しましたか。	はい	いいえ	
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	
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	
1カ月以内に近親者や周囲で麻しん、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	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。	はい	いいえ	
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	
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	いいえ	
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	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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	
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	
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 ( )	ある	ない	
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	
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	
【お子様の場合】 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	
【女性の方に】 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
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 ( 実施できる・見合わせた方がよい ) と判断します。  
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明しました。

医師署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解した上で、接種することに  
( 同意します・同意しません )。 ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

署名 (代筆者の場合：続柄 )

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	(皮下接種)	実施場所	しぶたこどもクリニック
Lot No.	ml	医師名	澁田 京子
		接種年月日	年 月 日

記載いただきました個人情報 は 予防接種の予診に 関してのみ 使用 します。

ワクチンの説明文書は 当院で お渡し します。