

【

】予防接種予診票

(任意接種用)

住 所		TEL()	—
接種者氏名		診察前の体温	度 分
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ (満 歳 ヶ月)		男・女

質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい。)	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて、理解しましたか			
今日、体に具合の悪いところがありますか あれば具体的に症状を書いて下さい()	いいえ	はい	
最近一ヶ月以内に熱が出たり病気にかかりましたか 病名()	いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか 病名()	いいえ	はい	
治療(投薬など)を受けていますか	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いといわれましたか	はい	いいえ	
[接種者が小児の場合] お子様の発育歴についてお尋ねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか	いいえ	はい	
出生時に異常がありましたか	いいえ	はい	
乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか	いいえ	はい	
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 ()歳頃 そのとき熱がでましたか	いいえ	はい	
生まれてから今までに特別な病気(先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか 病名()	いいえ	はい	
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も良いといわれましたか	はい	いいえ	
薬や食品で、発疹や蕁麻疹が出たり体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	いいえ	はい	
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 予防接種名()	いいえ	はい	
1ヶ月以内に家族や友人に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	いいえ	はい	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい	
本人または近親者に、免疫不全と診断されている人はいますか	いいえ	はい	
6ヶ月以内に輸血あるいは※ガンマグロブリンの投与を受けましたか	いいえ	はい	
[女性の場合]現在、妊娠している可能性はありますか	いいえ	はい	
今日の予防接種について、質問がありますか	いいえ	はい	

予診の結果、今日の予防接種を受けますか(受けます・見合わせる) 保護者(もしくは本人)サイン

医師の記入欄 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) 医師サイン

使用ワクチン	皮下接種量	実施場所・医師名・接種日時
	ml	医療機関名:三重県四日市市元町5-11 医療法人山田林クリニック 医 師 名:林 毅 麿 接種年月日:平成 年 月 日 時 分

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