

)] 予診票 任意接種用

ふりがな		診察前の体温	℃
受ける人の氏名	(男・女)		
生 年 月 日	西暦 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)	診 察 券 番 号	
住 所		TEL ( )	-

下記の質問を読み、当てはまる項目を○で囲む、または具体的に記入してください

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、説明書などで情報を得て理解されましたか		はい	いいえ	
2	今日、体に具合の悪いところがありますか、あればその症状を書いてください ( )		はい	いいえ	
3	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか		はい	いいえ	
4	現在、何か病気にかかっていますか ( )		はい	いいえ	
	治療(投薬)などを受けていますか ( )		はい	いいえ	
	その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		はい	いいえ	
5	お子さんの発育歴についておたずねします				
	出生体重( )g	出生時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言われましたか	はい	いいえ	
6	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		はい	いいえ	
	そのとき熱がでましたか		はい	いいえ	
7	生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、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もよいと言われましたか		はい	いいえ	
8	薬や食品で発疹やじんま疹が出たり、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	
9	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )		はい	いいえ	
10	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	
11	1ヶ月以内に家族や周囲に麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどの方がいましたか 病名( )		はい	いいえ	
12	近親者に「先天性免疫不全症」と診断された方はいますか		はい	いいえ	
13	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		はい	いいえ	
14	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		はい	いいえ	
15	(12歳以上の女子の場合) 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はありますか		はい	いいえ	

医師記入欄	問診の結果、今日の予防接種は [ 実施できる・見合わせる ]	医師署名	
-------	--------------------------------	------	--

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応を理解した上で予防接種を希望します	保護者または ご本人の署名	
--------	--	------------------	--

ワクチン名	回 数	メーカー／Lot	接 種 部 位				接 種 量	実施場所・医師名
おたふくかぜ			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	0.5ml	むらた小児科 村 田 卓 士
B型肝炎			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	0.25 0.5ml	
水 痘			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	0.5ml	
インフルエンザ			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	0.25 0.5ml	
			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	0.25 0.5ml	接 種 年 月 日
			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	( )ml	
			上 腕	大 腿	皮下注・筋注	R : L	( )ml	

※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、川崎病などの治療目的で注射されることがあり、この注射を3～4ヶ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分にでないことがあります。