

() 予防接種予診票

任意接種用

※定期接種の場合は所定の問診票をご使用下さい

住所		体温	度 分
(フリガナ)		TEL	- -
接種を受ける人の氏名	男女	生年月日	年 月 日生
保護者の氏名			(満 歳 ヶ月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします。 分娩時に異常がありましたか？ 出生体重 ()g 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？	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか？ 症状をお教え下さい：	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名：	はい いいえ	
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：	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名：	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心疾患、免疫不全、結核、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： 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良いといわれましたか？	はい いいえ はい いいえ	
けいれん・ひきつけをおこしたことがありますか？ ()歳頃 その時に熱がでましたか？	はい いいえ はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 症状：	はい いいえ	
家族の中に先天性免疫不全症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がありますか？ 予防接種名：	はい いいえ	
家族の中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	
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何か質問がありますか？ 質問内容：	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 (接種可能 ・ 見合わせる) 医師のサイン
-------	--

ご本人記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応を理解した上で、接種することに同意しますか？ ご本人(もしくは保護者)のサイン (同意します ・ 同意しません)
--------	--

使用ワクチン	用法・容量	接種場所・医師名・接種日時
名称 メーカー名 製造番号	ml	医療機関名 丹こどもクリニック 医師名 丹 愛子 接種年月日 令和 年 月 日