

自費の予防接種予診票 本日接種希望のワクチン名()

	診察前の体温		度	分
住 所				
受ける人の氏名	男	生年	年	月 日生
保護者の氏名	女	月日	(満 歳	ヵ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日体に具合の悪いところがありますか	あ る な い	
あると回答された方は、その症状をご記入下さい 症状()		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか	は い い い え	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい 病名()		
1ヵ月以内に家族や友だちで麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	は い い い え	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい。 病名()		
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	は い い い え	
はいと回答された方は、その予防接種名をご記入下さい 予防接種名()		
今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか	は い い い え	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい。 病名()		
その病名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	い い え は い	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	あ る な い	
あると回答された方は、何歳頃でしたか ()歳頃		
そのときに熱がでましたか	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	あ る な い	
あると回答された方は、その症状をご記入下さい 症状()		
接種を受けられる方の兄弟の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	い る い な 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	あ る な い	
あると回答された方は、その予防接種名をご記入下さい 予防接種名()		
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 る い な い	
6ヵ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質問がありますか	あ る な い	
保護者の方にあなたのお子さんの発育歴についておたずねします 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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あ っ た な っ た あ っ た な っ た あ る な い	
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) 医師のサイン		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせます)	保護者(成人の方は本人)のサイン
------------------------------------	------------------

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
Lot No	(皮下接種) ml	実施場所 医 師 名 接種年月日 平成 年 月 日

※(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症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ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。