

# 予防接種 予診票 ( )

※接種希望の方は、太枠内にご記入ください。

		診察前の体温		度	分
住 所	Tel ( ) -				
フリガナ					
接種を受ける人の氏名	男	生年	平成	年	月 日生
(保護者の氏名)	女	月日	令和	( 歳	カ月 )

※ 未成年者の場合、保護者を記入して下さい。

※ 未就学児の場合、月数まで記入して下さい。

質 問 事 項			医師記入欄
1. 今日、ふだんと違って体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
2. 生まれてから今まで特別な病気(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	
3. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい	いいえ	
4. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等の病気にかかった 方がいましたか。病名( )	はい	いいえ	
5. 1か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	
6. 今までに受けた予防接種で特に具合が悪くなったことがありますか ある場合具体的に書いてください( )	はい	いいえ	
7. 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。 ある場合( 歳頃 回くらい 最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
8. 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。 ある場合食品名、薬品名を書いてください( )	はい	いいえ	
9. 家族の中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	
10. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください			

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( 可能 ・ 見合わせる ) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名(フルネーム)またはゴム氏名印に捺印 _____
---------------	--

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 )
---

署名(本人もしくは保護者)
---------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	(皮下接種)  ml	実施場所 箱宮こどもクリニック 医師名 前田 文恵 接種日時 令和 年 月 日