

# 予防接種予診票

実施日 年 月 日

住 所	電話 ( )			
接種を受ける方	男	生年	平・令	年 月 日
保護者の氏名	女	月 日	(満	歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
あなたのお子さんの発育暦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 乳児健診で異常があるとされたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない
今日、からだに具合の悪いところがありますか 具合の悪い場合、症状を書いて下さい ( )	はい	いいえ
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病 名( )	はい	いいえ
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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ヵ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、心臓、腎臓、肝臓、脳神経免疫不全症、その他)にかかり医師に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よいと言われましたか	はい	いいえ
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、からだの具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
お子さん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
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 ( )	ある	ない
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	はい	いいえ
過去に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	はい	いいえ

* 医師の記入欄	医師のサイン	診察前の体温
問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせ)		度 分

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 )	保護者のサイン
--------------------------------------	---------

* 医師記入欄	
使用ワクチン名	接種量
ワクチン名	(皮下接種)
	回目
Lot No.	ml

セツルメント診療所分院