

予防接種予診票

実施日 年 月 日

住所		診察前の体温	度	分
電話番号				
フリガナ		大正・昭和・平成		
氏名	男女	生年月日	年	月 日生

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 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	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日() / ()	はい	いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()	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	
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	
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
問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせ)	

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)	本人のサイン
------------------------------------	--------

使用ワクチン名	接種量	接種部位(皮下)	実施場所・接種医師名	
ワクチン名	回目	左・右 上腕	実施場所	東京都足立区東和4-24-16
Lot No.	ml	その他()	医療法人財団ひこばえ会 セツルメント診療所分院	
			医師名	
			接種年月日	年 月 日