

予 防 接 種 予 診 票

受付日	診察前の体温	度 分
住 所		〒・携帯
接種者氏名	生月 年 日	S / H / R 年 月 日生 男・女
保護者氏名		(満 歳 ヶ月)
予診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) 保護者サイン _____		

※下記のあてはまるところに記入するか「○」印でかこんでください。

- | | | |
|--|---|--|
| 1. おたふくかぜ生ワクチン 6100円 | 2. 水痘生ワクチン 8650円 | 3. B型肝炎ワクチン 5600円 10歳以上 7650円 |
| (1) (2) | (1) (2) | (1) (2) (3) |
| 4. ロタワクチン | | 5. その他 |
| ロタリックス (1) (2) 12150円 | | |
| rotateq (1) (2) (3) 8100円 | | |

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日体の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ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹・風しん・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(月 日)	はい いいえ	
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 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	
そのとき熱が出ましたか	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	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 予防接種の名前()	はい いいえ	
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	
6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい いいえ	
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 _____		

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの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事があり、この注射を3～6ヶ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事があります。