

〔 〕 予防接種予診票

住 所		診察前の体温	度 分
電 話 番 号	携 帯 番 号		
受ける人の氏名	(フリガナ)	男	生年
保護者の氏名		女	月日
		年 月 日 生	
		満 歳 月	

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
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。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	あった なかった あった なかった あ る な い	
今日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	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 病名( )	は い い い え	
1カ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カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の名前( )	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 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いわれましたか。	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がいますか。	は い い い え	
6カ月以内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	
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 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		
予診で接種可能な場合、予防接種の効果や副反応等について理解した上で、接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) 他の予防接種との同時接種に ( 同意します ・ 同意しません ) 保護者または本人サイン		

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No	ml	医師名
		接種年月日 令和 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ことがあり、この注射を3～6カ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。