

# 予 防 接 種 予 診 票

		診察前の体温	℃	
種 類	水痘 おたふくかぜ B型肝炎（1・2・3回目） 狂犬病 ロタリックス（1・2回目） ロタテック（1・2・3回目） その他（ ）			
住 所	電話（ - - ）			
受ける人の氏名	ふりがな	男 ・ 女	生 年 月 日  年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	
保護者の氏名				
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尋ねします 出生児体重（ ）g 分娩時・出生後に異常がありましたか？ あった場合（ ）		あった あった	なかった なかった	
今日からだに具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（ ）		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友達に麻疹、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 予防接種の種類（ ）		はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、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	
その病気の主治医には、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	
そのとき熱が出ましたか（ ）℃くらい		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、具合が悪くなったことがありますか ある人は、くすり名（ ） 食品名（ ）		はい	いいえ	
家族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 予防接種の種類（ ）		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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか		はい	いいえ	
今日の予防接種について相談したいことがありますか（ ）		ある	ない	
医師記入欄				
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ） 医師署名				
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか （ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ） 保護者自署				
使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名 Lot. No. 有効期限	皮下・筋 経口 ml	実施場所 湖南省石部中央1-3-26 のむら小児科 医師名 野村 康之 接種年月日 年 月 日		