

任意接種用予防接種予診票

診察前の体温

℃

種類 水痘（ 回目） おたふくかぜ（ 回目） A・B型肝炎（ 回目） 狂犬病（ 回目）
インフルエンザ（1回接種・2回接種 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 なかった
あった 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
そのとき熱が出ましたか（ ）℃くらい
はい いいえ
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	皮下・筋肉 経口・点鼻	実施場所 湖南市石部中央1-3-26 医療法人社団のむら小児科
Lot. No.	左・右	医師名
有効期限	ml	接種年月日 年 月 日