

予防接種予診票

※下の表のあてはまるところにペンまたはボールペンで記入するか○で囲んで下さい

フリガナ			保護者氏名	
受ける人の氏名	(男・女)			
受ける人の生年月日	平成	年	月	日生 (歳 か月)
住 所	市	区	電話	- -

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日(診察前)の体温は何度ですか	度 分		
今日受ける予防接種について配られている説明書を読みましたか	よまない	よんだ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
生まれた時の体重 (g) 生まれた時に異常がありましたか	あった	なかった	
生まれてから異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ	な	
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 ()	あ	な	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 (月 日:)	は	い	い
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 (月 日:)	は	い	い
1ヵ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
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫 不全症、川崎病、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
"はい"と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けていいといわれましたか	い	い	は
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
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 月)頃	は	い	い
"はい"と回答した場合、そのときに熱はありましたか	な	あ	あ
薬や食品で発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか	あ	な	
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	な	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	は	い	い
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
今日の予防接種について質問がありますか ある場合 ()	は	い	い

予診医の意見

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 年 月 日)

医師のサイン

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

希望しません

希望します

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出・保存されることに同意します。

保護者のサイン

ワクチン製造会社名 及びLOT番号	Lot No.	接種量 (皮下接種) 0.5ml	医療機関名	幕張あんず医院
有効期限	平成 年 月 日		接種医師名	圓城寺秀章
接種年月日	平成 年 月 日			