

生年月日
(平成・令和)

予診票

ID _____

フリガナ		生年月日	年	月	日 (満才カ月)
氏名	(男・女)	住所			
保護者氏名		電話番号			

受けるワクチン全てに○印(回数)を記入下さい。

体温 °C

ロタリックス	1回目・2回目	ロタテック	1回目・2回目・3回目
四種混合	1期()回目・1期追加	ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加
水痘	1回目・2回目	小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加
麻疹・風疹	1期・2期	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
おたふくかぜ	1回目・2回目	日本脳炎	1期()回目・1期追加・2期
インフルエンザ	1回目・2回目	DT	1回目

下記の質問事項を読んで回答ください(○で囲む、または具体的に記入)

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか	はい	いいえ	
2	接種を受ける人の発育歴について	はい	いいえ	
	おたずねします	はい	いいえ	
	出生体重()g	はい	いいえ	
	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
	出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
	乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	はい	いいえ	
4	最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
5	1か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人がいましたか (病名)	はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか 接種日(月 日) 予防接種名()	はい	いいえ	
7	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい	いいえ	
8	生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	
9	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	
10	薬や食品で発疹やじんましんが出たり体調不良になったことがありますか(薬/食品名:)	はい	いいえ	
11	ラテックス過敏症ですか。※ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。交叉反応のある果物等(バナナ・キウイフルーツ・栗・アボガド・メロン)にアレルギーがある場合には医師に相談してください。	はい	いいえ	
12	近親者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	
13	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()	はい	いいえ	
14	近親者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	
15	(12歳以上の女性の場合)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ	
16	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄 問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる/見合わせた方がよい)と判断します。【医師名 石井武文】

保護者記入欄 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うえで予防接種を希望します
本人または保護者署名【 _____ 】

ロットシール	実施場所・医師名・接種日
	いしいこどもクリニック 石井 武文 接種年月日