

# 予防接種予診票

住 所			
フリガナ 受ける人の氏名	男・女		
生 年 月 日	西暦 (満	年 歳	月 日 か月) 日生
保 護 者 氏 名	Ⓜ		
電 話 番 号			
	今朝目覚めたときの体温	度	分
	診 察 前 の 体 温	度	分

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	る	な
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名( ) いつ頃( )	は	い	い
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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( ) いつ頃( )	は	い	い
6日以内に三種混合、二種混合、インフルエンザ、日本脳炎の予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 接種日( 月 日)	は	い	い
4週間以内にポリオ、麻しん、風しん、MR、BCG、水痘、おたふくかぜの予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 接種日( 月 日)	は	い	い
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、 医師の診断を受けていますか。病名( )	は	い	い
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言われましたか。	い	い	え
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。( )歳頃 そのとき熱が出ましたか。( )度	あ	る	な
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。 原因( ) 主な症状( )	あ	る	な
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。だれが( )	い	る	い
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( )	あ	る	な
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。だれが( )	い	る	い
6か月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの注射は受けましたか。	は	い	い
今日の予防接種について質問がありますか。	あ	る	な

医師の記入欄	医師の署名
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。( 希望します ・ 希望しません )	
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されることに同意します。	本日付き添ってきた 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	医療機関コード
ワクチン名 Lot No	(皮下接種)  ml	416-0951 静岡県富士市米之宮町250 たむらレディースクリニック 田村 和 司 院長 西暦 年 月 日
	実施場所	
	医師名	
	接種年月日	