

任意予防接種予診票 (小児用)

麻疹 風疹 MR 日本脳炎 DT おたふく 水痘 A・B型肝炎 その他 ()

住 所	〒	—	診察前の体温	度	分		
			電話番号	—	—		
接種を受ける人 フリガナ 氏名			生年月日	平成	年	月	日
保護者 氏名				(満	歳	ヵ月)	

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たずねします。			
出生時の体重	() g	
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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
症状 ()			
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
症状 ()			
1ヵ月以内に家族や友達にはしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
症状 ()			
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種名 ()			
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気・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。	はい	いいえ	
病名 ()			
その病気をみ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。	いいえ	はい	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
そのときの月齢・年齢	()	
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい	いいえ	
薬・食品名 ()			
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	
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。	はい	いいえ	
予防接種名 ()			
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	
6ヵ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質問がありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄

以上の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。
保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療総合機構法に基づく救済について、説明しました。

医師署名又は記入押印 []

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) 。
※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

保護者名 []

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:	皮下接種 0.5mL	実施場所: 内山クリニック
メーカー名:	接種部位	医師名: 内山 克己
製造番号:	左・右上腕伸側	接種年月日: 令和 年 月 日