

# ワクチン予防接種予診票

\* 太枠の中をご記入ください。

|                                |               |        |       |   |       |
|--------------------------------|---------------|--------|-------|---|-------|
|                                |               | 診察前の体温 |       | 度 | 分     |
| 住所                             | 〒 ( ) Tel ( ) |        |       |   |       |
| 受ける人の氏名<br><small>ふりがな</small> | 男             | 生年     | 昭和    | 年 | 月 日生  |
| 保護者の氏名                         | 女             | 月日     | 平成 令和 | ( | 歳 ヶ月) |

| 質問事項   | 回答欄 |     |
|--|-----|-----|
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具合の悪い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<br>病名 ( )   | はい  | いいえ |
| 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか<br>病名 ( )                        | はい  | いいえ |
| 1ヶ月以内に予防接種をうけましたか<br>予防接種名 ( )   | はい  | いいえ |
| 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、免疫不全症、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 |
| 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 |
| そのとき熱がでましたか  | 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、体の具合が悪くなったことがありますか                                  | はい  | いいえ |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか  | 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<br>予防接種の名前 ( )                             | はい  | いいえ |
| 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接種を受けましたか   | はい  | いいえ |
| 妊娠の可能性はありますか   | はい  | いいえ |
| 授乳をされていますか   | 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<br>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) 医師のサイン                        |     |     |

予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか(はい・見合わせます) サイン

|         |        |          |
|---------|--------|----------|
| 使用ワクチン名 | 摂取量    |          |
| ワクチン名   | (皮下接種) |          |
| Lot No. | ml     | 令和 年 月 日 |

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種でA型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。