

予防接種予診票

診察前の体温	度 分
--------	-----

住所			
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるとされたことがありましたか	あった	なかった	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
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言われましたか	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	
そのとき熱が出ましたか	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症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 予防接種の種類()	ある	ない	
近親者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	
女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)接種後2ヵ月間は妊娠を避ける必要があります	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(可能・見合わせる)と判断します。 本人及び保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明しました。	医師の署名		

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。(接種を希望します・接種を希望しません) <small>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。</small>	本人の署名(もしくは保護者の氏名)
---	-------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名称: Lot No (注)有効期限が切れていないか要確認	ml	実施場所: 築井医院 医師名: 築井均 接種日時: 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ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が多分にでないことがあります。

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。