

予防接種予診票

自費

予防接種種類	BCG	MR	水痘	おたふくかぜ	日本脳炎	破傷風	
	ヒブ	肺炎球菌プレベナー	四種混合	二種混合	B型肝炎		
診察前の体温						度	分
住所							
フリガナ 接種希望者氏名				電話番号			
保護者氏名				生年月日 年 月 日 (満 才 ヶ月)			
質問事項			解答欄		医師 記入欄		
予防接種を受ける方の発育歴についてお尋ねします。生まれた時の体重が少なかったり、出産時、出生時、乳幼児健診などで異常があるとされた事がありましたか？			あった なかった				
今日、体に具合がわるいところがありますか？ ある方は具体的な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？ (病名：)			はい いいえ				
最近1ヶ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、などの病気の方はいましたか？			はい いいえ				
4週間以内に予防接種はうけましたか？ (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、脳神経、免疫不全、川崎病、その他の病気で医師の診察を受けていますか？ (病名：)			はい いいえ				
その病気を見ている医師に、今日の予防接種を受けても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？			はい いいえ				
いつ： 才 ヶ月頃 その時に、熱はでましたか？			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ヶ月以内に、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はありますか？ ※注意 接種後2か月間は妊娠を避ける必要があります。			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				
医師のサイン							
医師記入欄 以上問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)							
保護者(成年の方は本人)サイン							
医師の診察、説明を受けて、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？ (希望する ・ 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。							

接種年月日	医療機関名	使用ワクチンLot No
年 月 日	医師名	