

[

] 予防接種予診票

お名前を呼ばれたら、この予診票を持って受付へお越しください。

		診察前の体温		度		分	
住 所		電 話					
フ リ ガ ナ		男 女	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日 生
受ける人の氏名							
保護者の氏名							

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日、受ける予防接種についての説明文を読みましたか	は い	いいえ	
保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします			
出生体重 () g	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あ る	な い	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか			
今日、体に具合の悪いところがありますか	は い	いいえ	
具体的な症状を書いて下さい ()			
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか	は い	いいえ	
病名 ()			
1ヵ月以内に家族や友達に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	は い	いいえ	
病名 ()			
1ヵ月以内予防接種を受けましたか	は い	いいえ	
接種日 (月 日)			
予防接種名 ()			
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、医師に診察を受けていますか	は い	いいえ	
病名 ()			
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	
そのときに熱がでましたか	は い	いいえ	
薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発しん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	
薬・食品名 ()			
家族の中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	あ る	な い	
予防接種名 ()			
家族の中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接種を受けましたか	は い	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在、妊娠している、または、その可能性はありますか	あ る	な い	
今日の予防接種について何か質問がありますか	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(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受けますか(はい・見合わせます)

保護者または本人のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所	大阪市天王寺区清水谷町19-14
Lot No. [カルテに記載]	[カルテに記載]	医師名	
	ml	接種年月日	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ヵ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。

※本日、接種予定のワクチンまたは抗体検査について下記より選んで○を付してください。

A 型 肝 炎	B 型 肝 炎	狂 犬 病	破 傷 風	日 本 脳 炎		
ポ リ オ	四 種 混 合	三 種 混 合	二 種 混 合	ジフテリア		
麻疹風疹混合	麻 疹	風 疹	おたふくかぜ	水 痘		
インフルエンザ	髄膜炎菌		ツベルクリン反応検査	B C G		
抗体検査・抗体検査結果（	麻疹	風疹	おたふく	水痘	B型肝炎	）
証 明 書	相談・その他（					）

お名前を呼ばれたら、この予診票を持って受付へお越しください。