

[] 予防接種予診票

(医療機関保管用)		診察前の体温		度	分
住 所	〒 () - () - () 区				
受ける人の氏名	性別	男・女	生 年 月 日	平成	年 月 日生
保護者の氏名				(満	歳 ヶ月)

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市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 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	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を記入してください()	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	
1ヶ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ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	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	
そのとき熱はでましたか	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、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 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(可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印 _____			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副作用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)

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。 保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施医療機関 :
Lot.No.	m	医 師 名 :
		接 種 年 月 日 : 平成 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ヶ月以内に受けられた方は、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。