

おたふく (1回目・2回目)  
 水痘 (1回目・2回目)  
 ( ) ( )

## 予防接種予診票

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住所	保土ヶ谷区 ( )区	TEL( )	—	
受ける人の氏名		男	生年 年 月 日生	
保護者の氏名		女	月日 (満 歳 ヲ月)	
質問事項		回答欄		医師記入欄
1. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)		ない	
2. 現在、何か病気でお医者さんにかかっていますか	いる(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない)		いない	
3. ここ1ヶ月の間に何か病気でお医者さんにかかったことがありますか	ある(病名) 年 月ごろ		ない	
4. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ		ない	
5. 今までに薬や食べ物で皮ふに発しんができましたか	ある(薬または食品の名前)		ない	
6. たまご又は鶏肉を食べて発しんができたり、下痢をしたことがありますか	ある 年 月ごろ 今はたべて(いる・いない)		ない	
7. ゼラチン含有製剤又はゼラチン含有食品に対して、ショック、蕁麻疹、呼吸困難、口唇浮腫、咽頭浮腫等の過敏症を起こしたことがありますか	ある 年 月ごろ 今は異常が(ある・ない)		ない	
8. 4週間以内に右の予防接種をうけたことがありますか	麻しん・風しん・おたふくかぜ・ 水痘・BCG・ポリオ		ない	
9. 1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	ある(予防接種名) 年 月ごろ		ない	
10. 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、血液、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診断を受けていますか	いる(病名・主治医コメント)		いない	
11. 今までに予防接種をうけて特にぐあいが悪くなったことがありますか	ある(予防接種名・症状) 年 月ごろ		ない	
12. その他、お子さんの健康状態のことで、お医者さんに伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。				
13. 女性の方に伺います 現在妊娠はしていますか	はい・いいえ (妊娠 週)		ない	
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)		保護者又は本人のサイン		
使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名		
ワクチン名		実施場所	あだち小児科	
Lot.No.	mℓ	医師名	足立 武・黒岩 玲・藤原 順子	
		接種年月日	年 月 日	