

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たことがありますか				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				
				接 種 年 月 日 年 月 日				