

予防接種予診票

受ける予防接種

受ける人の氏名 _____

診察前の体温 _____ °C

質問事項

解答欄

- ◎本日、体に具合の悪いところがありますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合は具合の悪い症状をお書き下さい（ ）
- ◎最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合は病名をお書き下さい（ ）
- ◎最近1ヶ月以内に、家族や友達に、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜにかかった人が
いますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合は病名をお書き下さい（ ）
- ◎最近1ヶ月以内に予防接種を受けていますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合は予防接種名をお書き下さい（ ）
- ◎最近6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けたことがありますか・・・・はい いいえ
- ◎出生時体重は何gでしたか（ ）g
分娩時に異常はありましたか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
出生後に異常はありましたか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか・・・・・・・・はい いいえ
- ◎ひきつけ（けいれん）をおこしたことはありますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合、（ ）歳頃、（ ）回 →そのとき熱が出ましたか・・・・はい いいえ
- ◎生まれてから今までに特別な病気（先天性異常・心疾患・腎疾患・肝疾患・脳神経疾患
・免疫不全症・てんかん・他）にかかり、医師の診察を受けていますか・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合は病名をお書き下さい（ ）
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
- ◎薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり具合が悪くなったことがありますか・・・・はい いいえ
- ◎ゼリー・プリン・果汁グミ等のゼラチンが含まれる製品を食べて、具合が悪くなった
ことはありますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
- ◎ごきょうだいで先天性免疫不全と診断されている方はいらっしゃいますか・・・・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・・・・・・・・はい いいえ
「はい」の場合は予防接種名をお書き下さい（ ）
- ◎ご家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいらっしゃいますか・・・・はい いいえ
- ◎今日の予防接種についてご質問がありますか・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ

予診・診察の結果から、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させますか（はい・いいえ） _____ 保護者のサイン

接種剤名・メーカー Lot 番号	接種量	実施施設・実施者氏名
	右 ml 左	こじま小児科クリニック 医師 小島 好文

年 月 日