

任意予防接種予診票

接種を受ける方の

名前

男・女

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (才 カ月)

今回接種を希望する予防接種に○をつけて下さい

流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) (1回目・2回目)

B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)

その他 ()

質問事項 (下の表に記入するか○をつけてください)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか? | はい | いいえ |
| 2 今朝の体温は | 度 | 分 |
| 3 診察前の体温は? | 度 | 分 |
| 4 生まれた時の体重は? | | g |
| 出生時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 |
| 5 今日具合の悪いところがありますか?
あったらその症状を書いてください () | はい | いいえ |
| 6 この1ヶ月以内に病気にかかりましたか?
病名 () | はい | いいえ |
| 7 この1ヶ月以内に家族や遊び仲間に、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘などの
病気の方がいましたか? | はい | いいえ |
| 8 本日より6日以内に以下の予防接種を受けましたか?
四種混合 三種混合 二種混合 日本脳炎 インフルエンザ ヒブ 肺炎球菌
B型肝炎 子宮頸がん 不活化ポリオ 髄膜炎菌 | はい | いいえ |
| 9 本日より27日以内に以下の予防接種を受けましたか?
BCG 麻疹 風疹 麻疹風疹混合 流行性耳下腺炎 水痘 ロタ | はい | いいえ |
| 10 今までに特別な病気 (先天異常・心疾患・腎疾患・肝疾患・神経疾患・
血液疾患・免疫不全)にかかり、医師の診察を受けていますか?
その医師に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか? | はい | いいえ |
| 11 けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか?
その時熱が出ましたか? | はい | いいえ |
| 12 薬や食品で皮膚に発疹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 |
| 13 近親者に先天性免疫全と診断されている方はいますか? | はい | いいえ |
| 14 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 |
| 15 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか? | はい | いいえ |
| 16 この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 |
| 17 今回の予防接種で何か質問はありますか? | はい | いいえ |

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は

(実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します

医師署名

ワクチンロット番号

0.25ml 0.5ml 皮下注

実施場所・医師名 横浜市港南区上大岡西2-3-6 片山こどもクリニック 片山章

接種年月日

予防接種希望書

医師の診察後、予防接種の目的・効果・副反応の可能性について理解した上で

今回接種することに (同意します ・ 同意しません)

平成 年 月 日 本人あるいは保護者氏名 _____