

# 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・令和 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） 三種混合 (DPT)  
B型肝炎（1回目・2回目・3回目） 不活化ポリオ (IPV)  
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？<br>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？<br>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<br>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？<br>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<br>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？<br>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・<br>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？<br>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<br>(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？<br>その時熱が出ましたか？   | はい | いいえ<br>(はい いいえ) |
| 12 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがで出たり<br>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 )

令和 年 月 日 本人あるいは保護者氏名 \_\_\_\_\_