

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 | 本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 | 本日朝の体温は | 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 | 本日具合の悪いところがありますか？ | はい | いいえ |
| | あったらその症状を書いてください（ | | ） |
| 6 | この1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ | はい | いいえ |
| | 病名（ | | ） |
| 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 | はい | いいえ |
| 9 | 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？ | はい | いいえ |
| | 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) |
| 10 | けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？ | はい | いいえ |
| | その時熱が出ましたか？ | (はい | いいえ) |
| 11 | 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 |
| 12 | 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？ | はい | いいえ |
| 13 | 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 |
| 14 | 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 |
| 15 | 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 |
| 16 | 今回の予防接種で何か質問はありますか？ | はい | いいえ |

予防接種希望書

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

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