

予防接種予診票（任意接種）

接種希望ワクチンにチェックをしてください

インフルエンザ(1回目 2回目) おたふくかぜ(1回目 2回目) 三種混合 ポリオ その他ロタ以外()

住所		体温	度 分		
(ふりがな)		男 女	生年	S.H.R	年 月 日
氏名			月日	(歳 か月)	
保護者の氏名		TEL	— —		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受ける予防接種について説明書（「予防接種と子どもの健康」など）を読みましたか	いいえ	はい	
2 今日、体調が悪いところがありますか	はい ()	いいえ	
3 最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい ()	いいえ	
4 1カ月以内に周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった方がいますか	はい ()	いいえ	
5 4週間以内に予防接種を受けましたか ※必ず母子手帳で確認して下さい	はい (月 日) ()	いいえ	
6 今までに予防接種で具合が悪くなったことはありますか	はい ()	いいえ	
7 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか はいの場合、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい () はい	いいえ	
8 今までにけいれんをおこしたことがありますか	はい (いつ)	いいえ	
9 薬や食べ物のアレルギーはありますか	はい ()	いいえ	
10 6カ月以内に輸血やガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
11 (女性の方に) 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
12 (お子さんの場合) 出生体重 (g) 分娩時、出生時、健診で異常がありましたか	はい ()	いいえ	
13 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
医師記入欄 本日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師のサイン			

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で接種することに同意します **本人（保護者）のサイン**

使用ワクチン名	接種量・部位（皮下・筋注）	実施場所 春日市春日原東町 3-36 横山小児科医院
Lot No	左・右	医師名 横山隆人
	0.25ml 0.5ml	接種年月日