

# 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

おたふくかぜ（1回目・2回目） 三種混合 ポリオ その他（ ）

住所		体温	度 分			
(ふりがな)		男	生年	S.H.R	年 月	日生まれ
氏名		女	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	<b>4週間以内に予防接種を受けましたか</b> <b>※必ず母子手帳で確認して下さい</b>	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