

# 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	（    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