

診察券番号

## 予 診 票

( 流行性耳下腺炎-1・2 / 水痘-1・2 / B型肝炎-1・2・3 /その他 \_\_\_\_\_ )

住 所	区	診察前の体温		度	分
		TEL ( )			
受ける人の氏名		男・女	生 年 日	年	月 日
保護者の氏名			生 月 日	(満 歳 日)	生 月 日

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読みましたか	はい  いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( )g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください( )	はい  いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい  いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )	はい  いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい  いいえ	
生まれてから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)にかかり医師に診察を受けていますか 病名( )	はい  いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい  いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか( )歳頃	はい  いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい  いいえ	
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	
お子さんの中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	
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 予防接種名( )	ある ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい  いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか	はい  いいえ	
【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい  いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい  いいえ	
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる ) 医師のサイン		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせる) 保護者または本人(成人)のサイン

使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種)  ml	実施医療機関 Yこどもクリニック 医 師 名 山崎 扶佐江 接種年月日 平成 年 月 日