

**任意接種用予防接種予診票 子供用 (12歳までのお子様はこの用紙をお使いください)**

接種予定日時 月 日( ) 時 分

<b>予防接種名</b>	三種混合 DPT DT 麻疹風疹混合 日本脳炎 水痘 おたふく その他 ( )				
					診察前の体温 度 分
住所				電話	
受ける人の氏名	ふりがな	男 女	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳 か月)		
保護者の氏名					
質問事項			解答欄	医師記入欄	
今日体に具合の悪いところがありますか あれば具合の悪い症状を書いてください ( )			はい・いいえ		
出生時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、血液疾患、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ( ) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもいいと言われましたか			はい・いいえ はい・いいえ		
最近1か月以内に、病気にかかりましたか 病名 ( )			はい・いいえ		
1か月以内に、家族や友達に麻疹、風疹、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か月以内に何か予防接種を受けましたか(インフルエンザも含む) 予防接種名 ( ) 月 日接種			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( )回くらい 最後のひきつけ( 年 月 )頃 その時に熱が出ましたか			ある・ない はい・いいえ		
薬や食べ物で皮膚に発疹が出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか 何で ( )			ある・ない		
卵または鶏肉に対してアレルギーがありますか			ある・ない		
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		
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		
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか			はい・いいえ		
その他、健康上のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など) ( )					
医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、 医師のサイン 今日の予防接種は(可能・見合わせる)					
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか ( はい ・ 見合わせます )			保護者のサイン		
使用ワクチン名	摂取量	実施場所・医師名・接種(予診)年月日			
	ml	実施場所 : もみの木医院 接種年月日 :			