

今日ほどの予防接種をご希望ですか。○で囲んでください。

BCG 3種混合 2種混合 麻しん風しん混合 麻しん 風しん 日本脳炎
 おたふく(①・②) 水痘(①・②) ツベルクリン反応 B型肝炎(①・②・③)

住所			電話番号		
ふりがな		男・女	生年月日	年	月 日生
受ける人の氏名				(満	才 か月)
保護者の氏名			診察前の体温	度	分

質問事項	回答欄(○印)		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	
お子さんの場合、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	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名()			
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか	はい	いいえ	
病名()			
4週間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	はい	いいえ	
病名()			
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言われましたか	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	
その時に熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者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	ある	ない	
予防接種名()			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
女性の場合、現在妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか	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(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。
 医師のサイン 加藤 正雄

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を接種することに(同意します・同意しません) いずれかに○をつけてください。
 保護者(成人の方は本人)のサイン

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種日時	
ワクチン名	皮下接種	医院名	加藤小児科医院
Lot No.	ml	医師名	加藤 正雄
		接種年月日	年 月 日