

[ 予防接種予診票 ]

住 所		診察前の体温		度 分
受ける人の氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
保護者の氏名		電話番号		

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	
保護者の方に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されたことがありますか。	あ っ た あ っ た あ る	な かつ た な かつ た な い	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いてください。( )	は い	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか。 病名( )	は い	いいえ	
1カ月以内に近親者や周囲で麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方はいましたか。 病名( )	は い	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名( ) 接種年月日( 年 月 日)	は い	いいえ	
今何か病気にかかっていますか。治療は受けていますか。	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、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)を起こしたことがありますか。( )歳頃	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	
接種を受けられる方の兄弟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はありますか。 予防接種名( )	は い	いいえ	
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カ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。(注1)	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	
<b>医師記入欄</b> 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 )。保護者、ご本人に対して、予防接種の効果、副反応および予防接種被害救済制度について、説明をした。 <div style="text-align: right;">医師自署</div>			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種被害救済制度などについて理解した上で接種することに ( 同意します ・ 同意しません)。  
本人 (未成年の場合は保護者) 自署

使用ワクチン	接 種 量 (注2)	接種場所・医師名・接種年月日
ワクチン名： Lot #：	皮下 ( ) 0.25 0.5 mL	医療機関名： 東京衛生アドベンチスト病院 附属教会通りクリニック 医 師 名： 接種年月日

(注1)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6箇月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。  
(注2)経口ワクチンは「規定量0.05mlを経口投与」などと記載する。