予防接種予診票

＜ワクチンの種類＞

・A型肝炎　・B型肝炎　・狂犬病　・破傷風　・腸チフス　・日本脳炎　・髄膜炎
・MR(麻疹風疹混合)　・風しん・成人用三種混合（dTpa)
・その他（　　）

診察前の体温　　度　　分

住　所	〒	TEL	（　　）　－	
		携帯		
フリガナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成　年　月　日生
接種者の氏名				（　歳　ヵ月）
（未成年の方）保護者の氏名				

質問事項		回答欄		医師記入欄
今日、体に具合の悪いところがありますか		はい（具体的に）	いいえ	
最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか		はい（病名）	いいえ	
最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいますか		はい（病名）	いいえ	
生まれてから今までに、家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか		はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか		はい（予防接種名）	いいえ	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり医師の診断を受けたことがありますか		はい（病名）	いいえ	
「ある」の場合	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良いといわれましたか	はい	いいえ	
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか		はい（　頃　回くらい）	いいえ	
「ある」の場合	ひきつけ（けいれん）を起こしたとき熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい（薬、食品名）	ない	
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はありますか		はい（予防接種名）	いいえ	
近親者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		はい（予防接種名）	いいえ	
最近6ヵ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	
（ご婦人の方に） 現在、妊娠していますか		はい	いいえ	
その他、健康状態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、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）　医師の署名　楯　英毅

接種することに（ 同意します ・ 同意しません ）	署名（未成年の場合、保護者自署）

使用ワクチン名（Lot No.）	接種量（mL）（皮下・筋肉）	実施場所・医師名・接種日時
	ml　L R	実施場所　たてクリニック
	ml　L R	医師名　楯　英毅
	ml　L R	
	ml　L R	接種日時　年　月　日　時　分