

ID

予防接種予診票

☆太枠の中のみ記入してください

受ける人の氏名	男	生年	年	月	日生
電話番号	女	月日	(満	歳	ヶ月)

質問事項 (当てはまる項目を○で囲んでください)		回答欄		医師欄
診察前の体温 (会場での体温)		度 分		
1	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	
2	今日、体に具合の悪いところがありますか 症状() 月 日から)	はい	いいえ	
3	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	
4	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいま したか 病名()いつ頃()	はい	いいえ	
5	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 接種名()いつ()	はい	いいえ	
6	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症等の病気 で医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
	主治医から今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
7	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (歳 ヶ月頃)	はい	いいえ	
8	薬や食品(特に卵、ゼラチン、ラテックス等)で皮膚に発疹やじんましんが出たり具合 が悪くなったことがありますか 薬や食品名()症状()	はい	いいえ	
9	近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい	いいえ	
10	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 いつ(歳 ヶ月頃) 予防接種名()症状()	はい	いいえ	
11	6ヶ月の間に輸血かガンマグロブリンの投与をうけたことがありますか	はい	いいえ	
12	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

お子さんの場合 出生体重()g	分娩時・出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
	乳児検診で異常があると言われたことがありますか	はい	いいえ	
女性の場合	現在妊娠の可能性ありますか	はい	いいえ	
	主治医から今回の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	

医師の記入欄	医師の署名
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)	
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)	本人または保護者署名 続柄()

種目	A型肝炎	B型肝炎	日本脳炎	四種混合	破傷風		医師名:
Lot. No							
接種量	0.5	0.5 0.25	0.5 0.25	0.5	0.5		
接種 部位	右 上 左 下	右 上 左 下	右 上 左 下	右 上 左 下	右 上 左 下	右 上 左 下	接種日:

【接種量参考】 日本脳炎・インフルエンザ: 3歳未満 0.25ml B型肝炎: 10歳未満 0.25ml