

予防接種予診票（おたふく・水痘・B型肝炎・ロタリクス・ロタテック・その他く >）

* 接種ご希望のワクチン名を全て○でかこんでください。

* 下の表の中であてはまるところに記入するか○でかこんでください。

フリガナ 受ける人の名前	男 女	生年月日 (満 歳 月 日生)
フリガナ 保護者の名前	* 体温は当日クリニックで計測しますので記入しないでください	
住所:	電話番号:	診察前の体温: °C

質問事項	解答欄	医師記入
* B型肝炎・おたふく・水痘・おたふくの方はご記入ください。接種するワクチンは本日何回目の接種ですか？	初回	回目
・初回以外の方: 本日接種するワクチンの前回の接種日をご記入ください。	* 1回目: 年 月 日	
	* 2回目: 年 月 日	
1. あなたの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？ ・今までの乳児健診で異常があるといわれたことがありますか？	あった あった ある	なかった なかった なし
2. 今日、体に具合の悪いところはありますか？ ・はいの場合: いつから・どんな症状か書いてください()	はい	いいえ
3. 今日、下痢をしていますか？	はい	いいえ
4. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ ・はいの場合: 病名() いつ(年 月 日)	はい	いいえ
5. 1ヶ月以内に家族や遊んだ友だちに、麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの病気の方がいましたか？ ・はいの場合: 病名() いつ(年 月 日)	はい	いいえ
6. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ ・はいの場合: 予防接種名() いつ(年 月 日)	はい	いいえ
7. 生まれてから今までに特別な病気(先天異常・心臓病・腎臓病・肝臓病・免疫不全・脳神経疾患・その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか？ ・はいの場合: いつから() 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うけてもいいといわれましたか？	はい はい	いいえ いいえ
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ ・はいの場合: (歳頃) そのとき熱がでましたか？	はい はい	いいえ いいえ
9. 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	いいえ
10. お子さんの中に、先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ
11. 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() どのような症状でしたか？()	ある	ない
12. 家族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
13. 6か月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか？	はい	いいえ
14. 今日の予防接種について質問がありますか？	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 (可能 ・ 見合わせる) 医師のサイン:

<保護者の記入欄>

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか (はい ・ いいえ) 保護者のサイン:

* 医師記入欄

使用ワクチン	使用ワクチン	使用ワクチン(ロタリクス)	実施場所・医師名・日付
ワクチン名: Lot. No:	ワクチン名: Lot. No: <接種方法> 筋肉内注射 接種量: 0.5ml・()ml	ワクチン名: Lot. No: <接種方法> 経口接種 1.5ml	〒252-1127 神奈川県綾瀬市早川城山1-3-8 一般社団法人 栄幸会 TEL・FAX: 0467-71-0321
<接種方法> 皮下接種	使用ワクチン(B型肝炎)	使用ワクチン(ロタテック)	
接種量: 0.5ml・()ml	ワクチン名: Lot. No: <接種方法> 皮下接種 0.25ml・()ml	ワクチン名: Lot. No: <接種方法> 経口接種 2ml	たけだこどもクリニック 柏木 利幸