

# ワクチン予防接種（ 回目） 予診票

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

	診察前の体温	度	分
住 所			TEL (            ) —
フリガナ	男 ・ 女		
予防接種を受ける人の氏名	明治・大正・昭和・平成		
(保護者の氏名)	年 月 日 生( 歳 カ月)		

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2	【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生児、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
3	今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
5	最近 1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6	最近 1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
7	最近 1カ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	
8	今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(具体的に)	ない	
9	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、免疫不全症、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 (“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	ある(具体的に)	ない	
10	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 ----- (“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	ある ( 頃 回くらい) (最後は 年 月頃)	ない	
11	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( 度 )	いいえ	
12	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	ある(薬、食品名)	ない	
13	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	いる(予防接種名)	いない	
14	最近 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	いる	いない	
15	【ご婦人の方に】 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16	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  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した ( )

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか 署名(本人もしくは保護者)  
( 受けます ・ 見合わせます )

使用ワクチン名	摂取量	実施場所 : 一社アレルギー科こどもクリニック 医 師 : 鳥居明子
Lot No.	(皮下接種) 0.25ml      0.5mL	
		接種日 : 年 月 日

※(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。

この注射を3~6カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。