

予 防 接 種 予 診 票

氏 名		ワクチンの名前	
診察前の体温	度 分	生年月日	平成・令和 年 月 日
予診票記入年月日	年 月 日	接種当日の満年齢	満 歳 月

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
お子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 () g 分娩時に異常はありましたか？ 出生後に異常がありましたか？ 乳児検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 ない	
今日、身体に具合の悪いところがありますか？具合が悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
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	
最近1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、おたふく風邪などの病気の方がいましたか？ 病名 ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名 ()	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、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気）にかかり医師に診療を受けていますか？ 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）をおこしたことがありますか？ (歳頃) そのときに熱が出ましたか？	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体のが具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
お子さんの中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がありますか？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方はいますか？	はい	いいえ	
過去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	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	

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） []	予診医師のサイン
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、予防接種健康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 ） *かっこの中のどちらかを○で囲んで下さい。	保護者のサイン
Lot. No	接 種 量 ml