

( ) 予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度		分	
住 所				TEL ( )		—	
フリガナ				男	生年	昭和	年 月 日生
受ける人の氏名							
(保護者の氏名)				月日	令和		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合)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。 出生時に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるとさ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	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いて下さい。( )	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	
1 ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか。病名( )	はい	いいえ	
1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
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、医師の診察を受けていますか。 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	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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	いいえ	
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。 予防接種の種類( )	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
6 ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注 1)の注射を受けましたか。	はい	いいえ	
(女性の方に)現在妊娠していますか。	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	

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) 医師の署名又は記名押印  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に  
基づく救済について、説明した。

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  
の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
(接種を希望します・接種を希望しません) 本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 :	皮下接種 mL	実施場所 : 太陽クリニック
Lot. No. :	接種部位 左・右( )	医師名 : 舘岡昇
		接種年月日 : 令和 年 月 日

(注 1)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を 3~6 ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。