

予防接種予診票

本日接種される項目を選択してください。同時接種される方は、本日接種する項目すべてを選択してください。

- DPT(三種混合)1回目、2回目、3回目、追加 □ ポリオ1回目、2回目、3回目、追加
- DPT+IPV(四種混合)1回目、2回目、3回目、追加 □ ヒブ1回目、2回目、3回目、追加 □ 肺炎球菌1回目、2回目、3回目、追加 BCG
- ロタ1回目、2回目、3回目 □ B型肝炎1回目、2回目、3回目 □ MR(麻疹・風疹)ワクチン1期、2期 □ 水痘1回目、2回目 □ おたふくかぜ1回目、2回目
- 日本脳炎1回目、2回目、追加、2期 □ DT(二種混合) □ 子宮頸がん1回目、2回目、3回目 □ インフルエンザ1回目、2回目

保護者の方へ 接種当日に該当する項目に記入し、もしくは選択してください。 □ 黒のボールペンで記入して下さい。

住所		TEL				
<small>(フリガナ)</small>			S・H・R	年	月	日生
氏名	<small>男・女</small>	生年月日	(歳 か月)			保護者の氏名

質問事項	解答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を記入してください。()	はい	いいえ
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名)かかった日()	はい	いいえ
4. 4週間以内に予防接種をうけましたか。(予防接種名)	はい	いいえ
5. 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、その他の病気)にかかり診察をうけていますか。(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受けてもよいといわれましたか。	はい	いいえ
6. 今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。() その時に熱がでましたか。	はい	いいえ
7. 薬や食品で皮膚に発疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。(種類)	はい	いいえ
8. じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそく等のアレルギーの病気がありますか。	はい	いいえ
9. 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。(予防接種名)	はい	いいえ
10. 家族のなかで予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ
11. 家族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
12. 1か月以内に家族や遊び仲間に、麻疹、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ
13. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか。	はい	いいえ
14. (女性の方へ)現在妊娠している可能性(生理がおくれているなど)はありますか。	はい	いいえ
15. MR(麻疹・風疹混合)ワクチンを受ける方へ 卵またはその加工品を食べて皮膚に発疹が出たり、下痢をしたことがありますか。	はい	いいえ
16. ロタウイルスワクチンを受ける方へ 生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々がでるなどの症状を繰り返したり、病気にかかると通常の回復期間より長引くようなことがありましたか。	はい	いいえ
17. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ
18. ラテックス過敏症ですか? ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応がある果物など(バナナ・栗・キウイフルーツ・アボカド・メロンなど)にアレルギーがある場合には、医師にご相談ください。	はい	いいえ
19. 予防接種についての説明(ポリオに関しては牛の成分の説明を含む)を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性および予防接種救済制度などについて理解し、 病歴・健康状態・接種当日の体調を考慮したうえで、接種すること(同意します・同意しません) * かつこの中のどちらかをえらんで下さい この予診票は、予防接種の安全性の確保及び保護者の方などに予防接種に対する理解を深めることを目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。	はい	いいえ

ご記入は以上で終了です。今一度ご記入もれがないか確かめたのち、受付にご提出下さい。

	診察前の体温 度 分
--	-------------------

* 医師の記入欄

診察所見・特記事項

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応、予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。

医師名 印またはサイン

使用ワクチン名	ロット番号	接種部位	量	
				住所 千590-0103 大阪府堺市南区深阪南112-2 医院名 医療法人平山こどもクリニック 院長名 平山 謙 接種医師名 印またはサイン 接種年月日 令和 年 月 日