

みんなのファミリークリニック 予防接種予診票

注)この予診票は、12才以下用です。また、ロタ、子宮頸がん、インフルエンザの予防接種には使用できません。

(接種当日に灰色欄に必要事項を記入の上、回答欄に○をつけてください)

住所	堺市 区		TEL () -	
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生
受ける子供の氏名			(歳 か月)	保護者の氏名
生まれた時の状況	体重	グラム	分娩 :	正常 ・ 異常 ()

※医療機関記入欄	【公費】 四種混合(1・2・3・追加)・MR混合(1・2)・水痘(1・2)・日本脳炎(1・2・追加・2期)・二種混合
本日接種するワクチン	ヒブ(1・2・3・追加)・肺炎球菌(1・2・3・追加)・B型肝炎(1・2・3)・五種混合(1・2・3・追加)・BCG
	【自費】 おたふく(1・2)・三種混合 ・ その他()

質問事項		回答欄		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、その症状を書いてください()	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(月 日頃)	はい	いいえ	
4	4週間以内にロタ/麻疹(はしか)/風疹/おたふくかぜ/みずぼうそう/BCGなどの生ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。(予防接種) 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けましたか。	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)にかかり診察を受けていますか。(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)を起こしたことがありますか。(歳頃) そのときに熱は出ましたか。	はい	いいえ	
7	たまご又はその加工品を食べて皮ふに発疹がでたり下痢をしたことがありますか。(歳頃) 今、食べていますか。	はい	いいえ	
8	薬や食品で皮ふに発疹がでたり、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	
9	今までに天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、皮ふ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	
10	じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそくなどアレルギー性の病気がありますか。	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)	はい	いいえ	
12	家族に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	
13	家族に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。 生まれてから今までに、家族や身のまわりに結核にかかった人はいましたか。 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風疹、おたふくかぜ、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	
14	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	
15	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

16	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応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) ※かつこの中のどちらかを○で囲んで下さい。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、予診票が市町村に提出されることに同意します。	保護者 サイン
----	---	------------

※医師の記入欄	診察前の体温 度 分
診察所見・その他の特記事項()	
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、副反応について、説明しました。	医師サイン

※接種部位と接種量 (LOTシールを貼って下さい)		経口	シール	ml
右肩部	シール	ml	左肩部	シール
右上腕	シール	ml	左上腕	シール
右大腿	シール	ml	左大腿	シール

接種年月日 令和 年 月 日 医師名