

# ワクチン接種予診票

任意接種用

		来院前の体温		度	分
住所	〒			TEL	
（フリガナ） 受ける人の氏名	（ ）		男・女	明治 大正 年 月 日生 昭和 平成（ 歳 カ月）	
（保護者の氏名）					
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、効果や副反応などについて理解しましたか			はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所（ ）			はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか			はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか			はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか			はい	いいえ	
特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか 病名（ ）			はい	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、体の具合が悪くなったことがありますか 薬名・食品名（ ）			はい	いいえ	
4週間以内に他の予防接種を受けましたか			はい	いいえ	
予防接種名（ ）			はい	いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか			ある	ない	
現在気管支喘息と診断されていますか			はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか			はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友人に麻疹、風疹、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	
（ご婦人の方に）現在妊娠していますか			はい	いいえ	
（接種される方がお子さんの場合に）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			あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか			あった	なかった	
出生後に異常がありましたか			あった	なかった	
乳児検診で異常があるとされたことがありますか			ある	ない	
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） 医師のサイン _____				
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか（受ける・見合わせる） 本人のサイン（もしくは保護者のサイン） _____					
使 用 ワ ク チ ン 名		用 法 ・ 用 量	接 種 場 所 ・ 医 師 名 ・ 接 種 日 時		
名 称 :		皮下接種	医療機関名 : 岩崎内科クリニック		
メーカー名 :		mL	医 師 名 : 岩崎 高明		
製造番号 :		回目	接 種 日 時 : 年 月 日 時 分		

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみに使用します。