

任意予防接種予診票

		予防接種名			
		診察前の体温		度	分
住 所			電 話		
受ける人の氏名	男 女	生年	年	月	日生
保護者の氏名		月日	(満 歳 ヶ月)		

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
あなたのお子様の発育歴についてお尋ねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるとされましたか	あつた あつた ある	なかつた ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の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	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの 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)にかかり医師の診察を受けて いますか。 病名()	は い	いいえ	
また、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 良いと言われましたか	は い	いいえ	
ひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか (歳頃)	は い	いいえ	
そのときに熱は出ましたか	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体調が悪くなったことが ありますか	は い	いいえ	
ご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	
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 予防接種の名前()	は い	いいえ	
家族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	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	

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)

保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した 医師署名

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)

この予診表は、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、本予診表が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名			
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所	伊勢崎市馬見塚町1162-1		
Lot No			TEL 0270(31)2262		
			医療法人あおきクリニック		
		医師名			
		接種年月日	年	月	日

(注)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でないことがあります。