

予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	フリガナ			TEL ()	—	度	分
予防接種を受ける人の氏名	男	生年	年	月	日生		
(保護者の氏名)	女	月日	(歳		ヶ月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 予防接種について説明書を読みましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けられる予防接種は何回目ですか	<input type="text"/> 回目 (インフルエンザは今シーズン)		
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある (具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
7. 最近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 などにかかった方がいますか	いる (病名)	いない	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名)	いいえ	
9. 今日受けられる予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
①前回受けたのは (年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③今日受けられる以外の予防接種の際に具合が悪くなったこと がありますか	ある (症状: ある (予防接種名: (症状:))	ない ない	
10. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の診断を受けたことがありますか ("ある"の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	ある (具体的に)	ない	
11. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか ("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか	ある (ごろ 回くらい) (最後は 年 月ごろ)	ない	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断され、6 カ月以内に輸血やガンマグロブリンの注射を受けたりしましたか	はい (診断名や時期)	いいえ	
13. 薬や食品 (鶏卵・鶏肉その他の) で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体 の具合が悪くなったことはありますか	ある (薬、食品名)	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる (予防接種名)	いない	
15. 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	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、今日の予防接種について質問や伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください			

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人 (もしくは保護者) に対して、予防接種の効果、副反応およ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。
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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・メーカー名	接種量等	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	皮下 / 筋 注 mL	実施場所 医療法人 浜口キッズクリニック 京都府京田辺市松井ヶ丘三丁目 1番9 医師名 濱 口 賢 子 / 幸 三 接種日時 20 年 月 日 時 分