【　　】予防接種　－予診票－

（任意接種用）

住　所		TEL（　　）　-	
接種者氏名		診察前の体温	度　分
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生（満　　才　　カ月）		男・女

質問事項（当てはまる項目を○で囲んで下さい）	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ	
今日、体に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 （　　）	いいえ	はい	
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 病名（　　）	いいえ	はい	
現在何か病気にかかっていますか 病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ いいえ はい	はい はい いいえ	
【接種者が小児の場合】お子さんの発育歴についておたずねします 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 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか	いいえ いいえ いいえ	はい はい はい	
今までにひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（　　）歳頃 そのとき熱がでましたか	いいえ はい	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他の病気）にかかり、医師に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	いいえ はい	はい いいえ	
薬や食品で発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい	
４週間以内に予防接種を受けましたか　予防接種名（　　）	いいえ	はい	
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（　　）	いいえ	はい	
１ヶ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか　病名（　　）	いいえ	はい	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いいえ	はい	
本人または近親者に免疫不全と診断されている人はいますか	いいえ	はい	
6ヶ月以内に輸血あるいは※ガンマグロブリンの投与を受ましたか	いいえ	はい	
【女性の場合】現在妊娠している可能性がありますか	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか	いいえ	はい	

予診の結果、今日の予防接種を受けますか（はい・見合わせる）　保護者（もしくは本人）サイン

＊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）　医師サイン

使用ワクチン	皮下接種量	実施場所・医師名・接種日時
	ml	医療機関名： 医　師　名： 接種年月日：　平成　　年　　月　　日　　時　　分

※ 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の予防目的や重症の感染症、川崎病などの治療目的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、予防接種の効果が十分に出ないことがあります。