

## 予防接種予診票(共通)

住所	体温 _____ 度 _____ 分		
電話番号			
受ける人の名前	生年月日	年 月 日	
	(満 歳 か月)		
	男 女		
保護者の氏名			
<p>今日受ける予防接種すべてに○を付けて下さい。          B型肝炎(1・2・3) 水痘 (1・2) おたふく (1・2)          麻しん風しん(MR) ロタリックス (1・2) ロタテック (1・2)          その他 ( )</p>			
質問事項	回答欄		医師記入
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
お子さんは出生時に異常がありましたか	あった	なかった	
お子さんは乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、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( )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
生まれてから今までに、心臓、腎臓、免疫不全そのほかの病気 にかかり診察を受けましたか 病名( )	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか( )歳ごろ そのとき熱はありましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品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( )	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 種類( )	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けまし 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	

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、予防接種の結果、副反応及び、予防接種健康被害救済制度について説明をしました。

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、予防接種健康被害救済制度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)  
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。

保護者自署 \_\_\_\_\_