

自費予防接種 予診票

◎ 接種当日に該当項目に記入し、もしくは○で囲んでください。(※は記入しないでください)

住所	市 区					TEL () -
(フリガナ) 受けるこどもの氏名	男女	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	保護者の氏名		
生まれた時の状況 (小児のみ)	体重	グラム	分娩	正常 ・ 異常 ()		

インフルエンザ	1回目 ・ 2回目	带状疱疹 (シングリック)	1回目 ・ 2回目
おたふくかぜ	1回目 ・ 2回目	带状疱疹 (水痘ワクチン)	
3種混合			
不活化ポリオ			

質問事項	回答欄	医師記入欄
1 今日受ける予防接種についての説明書を読み、理解しましたか。	はい いいえ	
2 今日、体の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。()	はい いいえ	
3 最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名) かった日 (月 日頃)	はい いいえ	
4 4週間以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名: ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・ロタ・4混・BCG・水痘・おたふく・MR・その他 ())	はい いいえ	
5 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、その他の病気) にかかり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は受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
6 今までに、けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか。(歳頃) そのときに熱がでましたか。	はい いいえ	
7 薬や食品で皮ふに発しんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。(薬・食品名)	はい いいえ	
8 今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)	はい いいえ	
9 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい いいえ	
10 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘 (みずぼうそう) などの病気の方がいましたか。(病名)	はい いいえ	
11 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	
12 6カ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	
13 (女性の方に) 現在、妊娠または妊娠している可能性はありますか。	はい いいえ	
14 (女性の方に) 現在、授乳をしていますか。	はい いいえ	
15 今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

16 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応および『医薬品副作用被害救済制度』に基づく救済などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (はい ・ いいえ) 本人または代理人の署名 (代理人の場合) 関係: 父・母・その他 ()	※ 医師の記入欄 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。本人 (もしくは代理人) に対して予防接種の効果・副反応および『医薬品副作用被害救済制度』に基づく救済などについて説明しました。 実施場所: いばクリニック 小児科 児童精神科 大人と子どもの皮膚科 医師名: 井庭 慶典 印またはサイン 接種日時: 年 月 日	※ 診察前の体温 度 分
---	---	--------------

ワクチン	ロット	接種部位	量	ワクチン	ロット	接種部位	量
インフルエンザ (皮下注)		上腕 大腿 / 右左 / 上下	0.25ml 0.5ml	シングリックス (筋注)		三角筋 / 右左	0.5ml
おたふくかぜ (皮下注)		上腕 大腿 / 右左 / 上下	0.5ml	水痘 (皮下注)		上腕 大腿 / 右左 / 上下	0.5ml
3種混合 (皮下注)		上腕 大腿 / 右左 / 上下					
不活化ポリオ (皮下注)		上腕 大腿 / 右左 / 上下					