

# 任意 予防接種予診票

下記の予防接種の希望するものに○をつけて下さい。

水痘、おたふくかぜ、インフルエンザ、ヒブ、肺炎球菌(小児用・成人用)、RS、髄膜炎菌  
B型肝炎、A型肝炎、DPT-IPV(4混)、DT(2混)、D(ジフテリア)、T(破傷風)  
日本脳炎、麻疹、風疹、BCG、MR(麻疹・風疹混)、狂犬病、HPV、ロタ

住 所	〒			診 察 前 の 体 温
受ける人の氏名	フリガナ	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 歳 カ月)	度 分
保護者氏名				この予診票は他に利用 することはいたしません。

次の質問の答えを回答欄に○をつけて下さい。(正確に全部記入して下さい)

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
1. 今日受ける予防接種、及びその病気について症状・効果・副反応等わかっていますか	いいえ	はい	
2. 受ける人がお子さんの場合、そのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重は何gでしたか	体重	g	
分娩日に異常がありましたか	あった	なかった	
出世後に異常がありましたか	あった	なかった	
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	
3. 今日身体の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	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
5. 4週間以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、結核などの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
6. 4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
7. 生まれてから今までに先天性異常、免疫不全症(心臓、腎臓、肝臓、脳神経、結核、喘息、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( )	はい	いいえ	
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	
8. 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	はい	いいえ	
9. 薬、食品(ゼラチン・卵・その他 )で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10. 近親者に免疫不全といわれた人がいますか	はい	いいえ	
11. これまでに予防接種をう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( )	あ る	な い	
12. 近親者に予防接種をうけて具合が悪くなった人がいますか	はい	いいえ	
13. 6ヵ月以内に輸血あるいはガンマーグロブリンの接種をうけましたか	はい	いいえ	
14. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
15. 現在妊娠していますか(接種をうける方)	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)		医師のサイン
	他の予防接種との同時接種(可・否)		
予診で可能な場合、今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせます)			保護者サイン
他の予防接種との同時接種に(同意します・同意しません)			(成人の場合は本人のサイン)
使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名	
ワクチン名	ml	実施場所	〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和2-11-23 医療法人 権 田 医 院
Lot No.	接 種 部 位	医師名	権 田 隆 明 電 話 (048) 831-5 4 2 7
		接種年月日	

(注) 質問13のガンマーグロブリンとは、血液製剤の一種で、感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的など注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分でないことがあります。重篤な副反応などが生じた場合には、厚生労働省に報告することがあります。