

## 『 ワクチン接種予診表 【任意接種用】

\*接種ご希望の方へ:太枠内ご記入下さい。

\*お子様の場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい。

		診察前体温	度	分
住 所				
受ける方の氏名	男 女	生年月日	S-H	年 月 日
保護者の氏名 (18歳未満の方)		(満 歳 ヶ月)		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
保護者の方にお子様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	はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をご記入ください ( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじん麻疹が出たり、具合が悪くなったことが ありますか	はい	いいえ	
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( )	はい	いいえ	
妊娠可能な方に、現在、妊娠していますか	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	

予診の結果、今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる)

保護者のサイン(お子様の場合)

本人のサイン (大人の場合) \_\_\_\_\_

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)と判断します

医師署名又は記名捺印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名		実施場所
Lot No.		医師名
		接種年月日