

B型肝炎・おたふくかぜ・水痘・インフルエンザ・ロタ・不活化ポリオ・ 〔 〕ワクチン予診票

太い線で囲まれたところを記入するか、○で囲んでください

カルテ番号

住所	〒	電話番号	- -
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日生 平成 (歳 か月)
保護者の氏名		診察前の体温	. °C

質問事項	*輸入ワクチン：当院では不活化ポリオワクチンなどです	回答欄	医師記入欄
1	今回受ける予防接種について効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか	いいえ はい	
2	【輸入ワクチンについて】国内未承認ワクチンであり、保証制度は実質無いことについて理解しましたか	いいえ はい	
3	接種を受ける人の発育歴についておしえてください(お子様のみ)	はい いいえ	
	出生体重()g	はい いいえ	
	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いわれましたか	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか	はい いいえ	
5	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	
6	1か月以内に家族や友人に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか	はい いいえ	
7	4週間以内に予防接種をうけましたか	はい いいえ	
8	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい いいえ	
9	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか	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	はい いいえ	
10	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい いいえ	
	そのとき熱がでましたか	はい いいえ	
11	薬や食品で皮ふに発疹やじんましんが出たり、体の具合がわるくなったことがありますか	はい いいえ	
12	近親者に先天免疫不全と診断されている方はいますか	はい いいえ	
13	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい いいえ	
14	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
15	(妊娠可能な方に) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか	はい いいえ	
16	今日の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	

医師記入欄	問診および診察の結果、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 医師署名又は記名押印 ○ 齊藤 哲也
-------	---

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望します 保護者の署名(もしくは本人の署名)
--------	---

ワクチン名	回数	メーカー / ロット	接種部位	接種量(ml)	実施場所・医師名・接種年月日
B型肝炎		/	腕・腿 / 右・左 / 前・後	0.25 / 0.5	実施場所
おたふくかぜ		/	腕・腿 / 右・左 / 前・後	0.5	野方こどもクリニック
水痘		/	腕・腿 / 右・左 / 前・後	0.5	医師名
インフルエンザ		/	腕・腿 / 右・左 / 前・後	0.25 / 0.5	齊藤哲也
ロタ		/	経口	1.5	接種年月日
不活化ポリオ		Sanofi Pasteur / G7200-2	腕・腿 / 右・左 / 前・後	0.5	
		/			平成 年 月 日