ワクチン予防接種予診票

	診察前の体温	℃

住所	TEL(　　)　　-			
受ける人の名前		男 女	誕生日	平成　年　月　日 (　歳　ヶ月)

自費で希望するワクチンにレチェックをしてください		
☐ B型肝炎(　回目)	☐ MR(第1期・第2期)	☐ 日本脳炎1期(　回目)
☐ ヒブ(　回目)	☐ みずぼうそう(　回目)	☐ 日本脳炎2期
☐ 肺炎球菌(　回目)	☐ おたふく(　回目)	☐ DT2期
☐ 四種混合(　回目)	☐ 不活化ポリオ(　回目)	☐ その他(　)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、体に具合の悪いところはありますか？ もしあれば具体的に記入して下さい (　)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 (　)	はい	いいえ	
1ヶ月以内にワクチンを接種しましたか？ ワクチン名 (　)　日付(　)	はい	いいえ	
先天的な異常、心臓、腎臓、肝臓、中枢神経疾患、免疫不全、もしくは他の疾患で 医師の診察をうけましたか？ 病名 (　)	はい	いいえ	
上記の疾患を管理している医師に今日のワクチン接種について同意してもらいましたか？	はい	いいえ	
過去にてんかん発作(けいれん)を起こしたことがありますか？ もしそうであれば、何歳のときに起こしましたか？(　)	はい	いいえ	
上記の問において"はい"と答えた方は、そのとき発熱がありましたか？	はい	いいえ	
食品や特定の食品を食べたあとで病気になったり、特定の薬品を服用したことで 発疹や蕁麻疹が出たことがありますか？	はい	いいえ	
家族や近親者に先天性免疫不全の方はいますか？	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？ ワクチン名(　)	はい	いいえ	
家族や近親者で過去にワクチンの接種をうけて副反応が起こったことがありますか？	はい	いいえ	
過去6ヶ月に輸血、血液製剤、ガンマグロブリンの投与を受けましたか？	はい	いいえ	
妊娠している可能性(たとえば、生理が遅れている、生理がこない)はありますか？	はい	いいえ	

この質問票は予防接種の安全性を向上させる為のものです。既往歴と今日の体調を考慮してお子様への予防接種に同意しますか？

私は子供への予防接種に同意(　**します　・　しません**　)。 ＊どちらかに○をつけて下さい

上記質問を理解し自治体から出された質問票に同意します。

保護者の署名(もしくは本人の署名):

医師記入欄

上記問診と診察の結果にもとづいて、今日の予防接種は(　可能　・　見合わせる　)

患者に対して、有用性・副反応・予防接種による有害事象が起こった人に対する救済について、説明しました。

医師の署名または捺印:

使用ワクチン名	実施場所/医師名/接種年月日
使用ワクチン名: ロットナンバー: 投与量:　ml	実施場所: 医師名: 接種年月日:平成　年　月　日