

予防接種予診票（小児用）

			診察前の体温		度	分
ご住所				電話番号		
お名前	様	男・女	生年月日	昭和・平成 (満才)	年	月 日生 ヶ月)
保護者の方のお名前	様					

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたの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？ 乳幼児健診にて異常を指摘さ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？ 症状 ()	はい	いいえ	
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	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間 で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの 病気にかかった方はいますか？ 病名 () どなたが ()	はい	いいえ	
1ヵ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	
今まで特別な病気（先天異常、心・腎・肝疾患、脳神経疾患、免疫不全症、 その他の病気）にかかり医師の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接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこした事がありますか？ () 才頃	はい	いいえ	
その時熱は出ましたか？ (度 分)	はい	いいえ	
薬や食品（特にたまご・鶏肉）で発疹やじんましんが出たり、体の 具合が悪くなった事がありますか？	はい	いいえ	
お子さんの中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか？	はい	いいえ	
以前に予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか？ 予防接種名 ()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	はい	いいえ	
6ヶ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	
今日の予防接種について質問はありますか？	はい	いいえ	
医師の記入欄：問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）			医師サイン：

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上で、接種を希望しますか？ (接種を希望します・接種を希望しません) 保護者サイン：
--

接種量	接種年月日	実施場所・医師名
		朝日橋胃腸科内科小児科診療所 木下充代