

【 予防接種 — 予診票 —

(任意接種用)

住所	〒		TEL ()	—
(フリガナ)			診察前の体温	度 分
接種者氏名				
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生 (満 才 ヵ月)	性別	男・女
質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)			回答欄	医師記入欄
今日、体に具合の悪いところがありますか あればその症状をお書きください ()			はい	いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名 ()			はい	いいえ
現在何か病気にかかっていますか 病名 ()			はい	いいえ
治療(投薬など)を受けていますか			はい	いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか			はい	いいえ
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃			はい	いいえ
今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症 血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()			はい	いいえ
薬や食品で発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ
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
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
1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、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
家族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
本人または近親者に免疫不全と診断されている人はいますか			はい	いいえ
【女性の場合】現在妊娠している可能性がありますか			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(はい・見合わせる) 本人(もしくは保護者)サイン

【医師記入欄】 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)

医師サイン

使用ワクチン	皮下接種量	実施場所・医師名・接種日時
製造番号:	ml	医療機関名 : 兵庫県三田市天神1丁目2番15号 医療法人 尚仁会 平島病院 (TEL079-564-5381) 医師名 : 接種年月日 : 年 月 日 時 分