

水痘 予防接種予診票

任意接種用

住所			診察前の体温	度 分
ふりがな		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
受ける人の氏名			電話番号	
保護者の氏名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さん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 出産後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	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	
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、医師に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予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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 予防接種の名前 ()	はい	いいえ	
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	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は可能 医師署名又は記名捺印			

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。

保護者自署

使用ワクチン名	摂取量	実施場所・医師名・接種日時			
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所			
Lot. No.	ml	医師名			
		接種年月日	西暦	年	月 日