

自費予防接種予診票（ワクチン名： ）

※ワクチン複数記入可

|         |         |        |          |          |  |   |
|---------|---------|--------|----------|----------|--|---|
|         |         | 診察前の体温 |          | 度        |  | 分 |
| 住所      |         |        | 電話番号     |          |  |   |
| 受ける人の氏名 | ふりがな( ) | 男・女    | 生年<br>月日 | 年 月 日    |  |   |
| 保護者の氏名  |         |        |          | (満 歳 カ月) |  |   |

| 質 問 事 項                                                                                                                     |  | 回答欄        |           | 医師記入欄 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|-----------|-------|
| 今日受ける予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか                                                                                       |  | いいえ        | はい        |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( )                                                                                    |  | ある         | ない        |       |
| 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか<br>(病名 ) 期間( 月 日 ~ 月 日 )                                                                                 |  | はい         | いいえ       |       |
| 1ヶ月以内に、家族や周囲で、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか<br>(病名 ) 誰が( )                                                                 |  | はい         | いいえ       |       |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類( )                                                                                             |  | はい         | いいえ       |       |
| 今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、川崎病<br>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( )<br>その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けていいと言われましたか    |  | はい<br>いいえ  | いいえ<br>はい |       |
| 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか<br>あれば具体的に( )                                                                                     |  | はい         | いいえ       |       |
| 薬や食べ物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がありますか<br>( )歳頃 薬品・食品名( ) 症状( )                                                           |  | ある         | ない        |       |
| 天然ゴム(ラテックス)製品を使った際、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が<br>あります。また交差反応を起こす食べ物(バナナ、キウイ、栗、アボカド等)により具合がわるくなった<br>ことがありますか ( )歳頃 症状( ) |  | ある         | ない        |       |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 ヶ月頃)<br>そのとき熱はありましたか                                                                            |  | ある<br>なかった | ない<br>あった |       |
| 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<br>( )歳ごろ 予防接種名( ) 症状( )                                                                      |  | 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方はいますか                                                                                                  |  | はい         | いいえ       |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか                                                                                                   |  | いる         | いない       |       |
| 6ヶ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 ( )                                                                                                     |  | ある         | ない        |       |

|                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の記入欄<br>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 )<br>予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明等行った。<br>医師署名又は記名押印 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、<br><br>接種を希望しますか ( 希望します ・ 希望しません )<br><br>本人(保護者)自署 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |        |                                                    |  |
|------------------|--------|----------------------------------------------------|--|
| ワクチンメーカー名、ロット番号  | 接種量    | 実施場所 医師名 接種年月日                                     |  |
| Lot No.<br>メーカー名 | 接種量 ml | 実施場所<br>印西市竜腹寺350-2 くやま小児科医院<br>医師名<br>接種年月日 年 月 日 |  |