



[B型肝炎・ロタ・おたふくかぜ・水痘] 予診表

		カルテ番号			
住所	〒	診察前の体温 ℃			
ふりがな 受ける人の氏名	男・女	生年 月日	平成 年	月	日生 ヶ月
保護者の氏名		電話 番号	電話 携帯	()	()

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか	はい	いいえ	
	接種を受ける人の発育歴についておたずねします			
	出生時の体重	()	g	
2	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
	出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
	乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
	具体的な症状()			
4	最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
	病名()			
5	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか	はい	いいえ	
	病名()			
6	4週間以内に予防接種をうけましたか	はい	いいえ	
	接種日(/) 予防接種名()			
7	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	
8	生まれてから今までに先天的異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか	はい	いいえ	
	病名()			
	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	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	
	そのときの月齢・年齢	()	歳頃	
	そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
10	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がありますか	はい	いいえ	
	薬・食品名()			
11	近親者に先天的免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
12	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	はい	いいえ	
	予防接種名()			
13	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	
14	(12歳以上の女性の場合)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ	
15	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄 問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 医師名 番 浩 (印)

保護者(本人) 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応 記入欄 などについて理解したうえで予防接種を希望します。 保護者(本人)署名

ワクチン名	回数	メーカー/ロット	接種部位	接種量	〒646-0015 和歌山県田辺市たきない町32-6 赤ちゃんとこどものクリニック Be 院長 番 浩 接種年月日 平成 年 月 日 時 分
B型肝炎			左上・右上・左下・右下	ml	
おたふくかぜ			左上・右上・左下・右下	ml	
水痘			左上・右上・左下・右下	ml	
ロタ			経口	ml	