任意　予防接種予診票

下記の予防接種の希望するものに○をつけて下さい。　　浦和医師会

水痘、おたふくかぜ、インフルエンザ、B型肝炎、A型肝炎、DPT-IPV（4混）、DT（2混）、破傷風、MR（麻疹・風疹混合）、麻疹、風疹、BCG、日本脳炎　その他【　　】

住所		電話（　）		
受ける人の氏名	フリガナ	男・女	生年月日	診察前の体温
保護者氏名			昭和 平成　年　月　日生（満　歳　カ月）	度　分

次の質問の答えを回答欄に○をつけて下さい。（正確に全部記入して下さい）

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1.	今日受ける予防接種、及びその病気について症状・効果・副反応等わかっていますか	いいえ	はい	
2.	受ける人がお子さんの場合、そのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重は何gでしたか	体重　g		
	分娩日に異常がありましたか	あった	なかった	
	出世後に異常がありましたか	あった	なかった	
	乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
3.	今日身体の具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください（　）	ある	ない	
4.	最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　）	はい	いいえ	
5.	4週間以内に家族や遊び仲間に麻しん、風疹、水痘、おたふくかぜ、結核などの病気の方がいましたか　病名（　）	はい	いいえ	
6.	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	
7.	生まれてから今までに先天性異常、免疫不全症（心臓、腎臓、肝臓、脳神経、結核、喘息、その他の病気）で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良いといわれましたか	いいえ	はい	
8.	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（　）歳頃	ある	ない	
	そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
9.	薬、食品（ゼラチン・卵・その他　　）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
10.	近親者に免疫不全といわれた人がいますか	いる	いない	
11.	これまでに予防接種をう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（　）	ある	ない	
12.	近親者に予防接種をうけて具合が悪くなった人がいますか	いる	いない	
13.	6カ月以内に輸血あるいはガンマーグロブリンの接種をうけましたか	はい	いいえ	
14.	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
15.	現在妊娠していますか（接種をうける方）	はい	いいえ	

予診で可能な場合、今日の予防接種を受けますか　（はい・見合わせます）　保護者または本人のサイン

医師記入欄　本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明をした。
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）　医師のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 Lot No.	ml	実施場所　あべ小児科ファミリークリニック 医師名　阿部修 接種年月日　~~平成~~　年　月　日

（注）・質問13のガンマーグロブリンとは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分でないことがあります。
・副反応などが生じた場合には、さいたま市に報告することがあります。
・記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用いたします。