

[] 接種予診票

		診察前の体温		度 分	
住 所					
受ける人の氏名	印	男 女	生 年 月 日	年 月 日生	
				(満 歳 カ月)	

質 問 事 項	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 具合の悪い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	
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特別な病気(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	
その時熱がでましたか	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がありますか	はい いいえ	
御家族の中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う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	
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	
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	
現在妊娠していますか	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	
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・見合わせる) 医師のサイン		
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせます) 本人のサイン		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所	雨宮内科
Lot No.	ml	医師名	雨宮こずえ
		接種年月日	年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、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ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。