

任意予防接種予診票 診察券 No. ()



※太線で囲まれたところに記入するか○をおつけください。

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所	〒 - -		TEL	-	-
(フリガナ)			男	明治・大正・昭和・平成	
受ける人の氏名			女	年	月 日生
保護者の氏名				(満	歳 ヶ月)

本日接種を希望するワクチン (○をおつけください)

1. 水ぼうそう1回目/2回目 2. おたふく 1回目/2回目 3. B型肝炎 1回目/2回目/3回目
 4. ロタテック (ロタウイルス胃腸炎) 1回目/2回目/3回目 () () 回目
 5. その他 () () 回目

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、体調の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	はい	いいえ	
現在病気にかかっていますか また、治療(投薬等)を受けていますか 病名/治療内容 ()	はい	いいえ	
その病気の主治医には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	
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・発育障害・免疫不全・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 ()	はい	いいえ	
その病気の主治医には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	
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	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 (最後は 年 月頃) そのとき熱はでましたか	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 薬、食品名/症状 ()	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () (月 日)	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 予防接種名/症状 ()	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンを受けましたか	はい	いいえ	
[ご婦人の場合] 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
[お子様の場合] 分娩時、出生時、乳幼児健診等で異常がありましたか 具体的に ()	はい	いいえ	
※ロタテック接種をご希望の場合のみお答えください 本日下痢をしていますか	はい	いいえ	
その他、健康状態などのことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください			

医師記入欄

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、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか

(接種を希望します ・ 接種を希望しません) ※○をお付け下さい

本人の署名 (もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名 () ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種日
メーカー名 Lot.No.	ml	神奈川ひまわりクリニック 小野 龍太 平成 年 月 日