予 防 接 種 予 診 票

□ ロタリックス・ロタテック　　□ B型肝炎
□ みずぼうそう（水痘）　　□ A型肝炎・狂犬病・破傷風
□ おたふくかぜ（ムンプス）　　□ インフルエンザ
□ その他（　　）

体温	度　　分

住所					TEL：
受ける人の氏名			男	生年	年　月　日生
保護者の氏名			女	月日	満　歳　ヶ月

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。 出生体重（　　）g　分娩時に異常がありましたか？ 出生後に異常がありましたか？ 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか？	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状をご記入ください。（　　）	はい	いいえ	
最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名（　　）	はい	いいえ	
１ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？	はい	いいえ	
１ヶ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、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？ 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？	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	
そのときに熱がでましたか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に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	
家族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受けて具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
予防接種名（　　）			
家族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	
６ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	

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）保護者のサイン

Lot No. / 接種量 等	実施場所・医師名
ml　　L ・ R	所沢市小手指町2-1392-15 はらこどもクリニック　原 朋邦 接種年月日

（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ヶ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に出ないことがありま