

予診・接種年月日 平成 年 月 日

診察前の体温 度 分

診察券番号	男	生年	年	月	日生
受ける人の氏名	女	月日	(満	才	か月)

質問事項 (保護者の方はすべての項目、本人の場合は※のみ)	回答欄	
※ 今日受ける予防接種について説明書を読みましたか	はい	いいえ
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 乳児健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 症状を書いて下さい ( )	はい	いいえ
※ 最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、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か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 ( ) 才頃	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
※ 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受けて具合が悪くなった人はいますか	ある	ない
※ 6か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

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) [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/本人のサイン

使用ワクチンメーカー名	Lot. No	接種部位	接種量
		右・左	ml