

予防接種予診票

* 接種希望の方へ: 青い太ワク内にご記入ください。

お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください

住所	電話番号 ()	予防接種名
“ふりがな”	生年月日	おたふく 水痘
氏名	昭・平・令、西暦 年 月 日	ロタリックス
保護者氏(未成年時)	(歳 ヶ月)	麻疹・風疹混合

当院で測定した体温 度 分

質問事項	解答欄	医師記入
出生体重()g 分娩時、出生時に異常がありましたか。	はい いいえ	
乳幼児健診で異常があると言われた事がありますか。	はい いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 あれば症状を書いてください。()	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疹、風疹、水痘、おたふく等の病気の方がいましたか。病名……()	はい いいえ	
1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか。 予防接種の名前……()	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、免疫異常症、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	
その病気を見てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	はい いいえ	
ひきつけ、けいれんを起こしたことがありますか。 あれば何歳の時ですか (歳 頃)	はい いいえ	
あればその時熱が出ましたか。	はい いいえ	
薬や食品で湿疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい いいえ	
兄弟や子供に、先天性免疫不全と診断されている方はおられますか。	はい いいえ	
これまでに予防接種を受けて熱が出たり、具合が悪くなった事がありますか。 あれば予防接種の名前……()	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

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

使用ワクチン名	実施場所・医師名
おたふく 水痘	埼玉県幸手市中1丁目13番31号 齋 藤 医 院 齋 藤 富 雄
ロタリックス	
麻疹・風疹混合	