

予診票

		体温		度 分	
住所				Tel	
受ける人の氏名			男・女	生年 月 日	平成・令和 年 月 日
保護者の氏名					(満 歳 カ月)
年齢区分	① 6か月～3歳未満 ② 3歳以上				

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たずねします。 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。 乳幼児検診で異常があると言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	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)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	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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。 (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	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はありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
近親者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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

<p>医師の記入欄</p> <p>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)</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした。</p> <p>医師の署名又は記名押印</p>

<p>保護者の記入欄</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)</p> <p>令和 年 月 日 保護者自署</p>
--

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日			
メーカー名	0.25ml 0.5ml	実施場所	あきやま子どもクリニック		
Lot No.		医師名	秋山 千枝子		
		接種年月日	令和 年 月 日		