▪
▪
▪
▪
▪

予防接種予診票

診察前の体温
度　　分

受ける方の氏名		男・女	生 年 月 日	年　月　日 生
受ける方が未成年の場合 保護者の氏名				満　歳　ヶ月
住所				
電話番号	自宅：		携帯：	

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
本日受けられる予防接種についての説明、またはホームページを見て理解しましたか？	はい	いいえ	
本日、お体の具合の悪いところはありますか？ 具体的な症状：	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名：	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に、家族に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの方はいましたか？ 病名：	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に他の予防接種は受けましたか？ 予防接種の種類：　　接種日：	はい	いいえ	
心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害、免疫不全症などの基礎疾患にかかり、医師の診察を受けたことがありますか？ 病名：	はい	いいえ	
その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われていますか？	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？また気を失ったことはありますか？	はい	いいえ	
（　　）歳頃　そのとき熱は出ましたか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に湿疹やじんましんがで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	
気管支喘息で現在治療中ですか？	はい	いいえ	
これまでの予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種の種類および症状：	はい	いいえ	
近親者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	
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	
６ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの注射を受けましたか？	はい	いいえ	
【女性のみ】妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ	
【女性のみ】現在授乳中ですか？	はい	いいえ	
本日の予防接種についてなにかご質問はありますか？	はい	いいえ	
質問の内容を具体的にお書き下さい			

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は[　**可能**　・　**見合わせる**　]　　医師署名：

予防接種についての診察・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　】

この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。

本人または保護者の署名：

使用ワクチン	Lot.No	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
		皮下・筋注　0.25　0.5　1.0　ml	実施場所：代官山パークサイドクリニック
		皮下・筋注　0.25　0.5　1.0　ml	
		皮下・筋注　0.25　0.5　1.0　ml	医師名：
		皮下・筋注　0.25　0.5　1.0　ml	
			接種年月日　　年　　月　　日

代官山パークサイドクリニック