

水痘・おたふく・麻疹・風疹・その他(

) 予防接種

予診票

※接種希望の方は太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度 分
--------	-----

住所	TEL () -		
フリガナ	男	大正・昭和・平成・西暦	
氏名	女	年 月 日 (才)	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
4. 治療(投薬など)を受けていますか 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 はい	いいえ いいえ	
5. 最近1か月以内に熱が出たり、何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
7. 最近1か月以内に予防接種をうけましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
8. 今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	ある(具体的に)	ない	
9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか (“ある”の場合) 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よいといわれましたか	ある(具体的に) はい	ない いいえ	
10. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (“ある”の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき熱がでましたか	ある [ころ 回くらい 最後は 年 月 ころ] はい (°C)	ない いいえ	
11. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある [年 月 ころ] 現在治療中・治療していない	ない	
12. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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	ある(薬、食品名)	ない	
13. 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	いる(予防接種名)	いない	
14. 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	いる	いない	
5. (女性のみ) 1) 現在、妊娠していますか 2) 生ワクチン接種後2ヶ月間の避妊について理解されましたか	はい はい	いいえ いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の接種は(可能・見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した
医師の署名又は記名押印 篠塚成順

私は、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解したうえで、接種を希望します。
平成 年 月 日 本人の署名

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	皮下接種・筋肉内接種 0.5ml	実施場所：森下駅前クリニック 医師名：篠塚成順 接種日時：平成 年 月 日 時 分