

( ) 予防接種予診票

太枠の中をすべてご記入ください

※料金はお問い合わせください

円

診察券 No.		診察前の体温	度	分
---------	--	--------	---	---

住所				電話				
ふりがな				男	生年	西暦		
受ける人の氏名				女	月日	年	月	日生
保護者の氏名						(満	歳	ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( 月 日 ~ 月 日 )	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ( ) 誰が ( ) いつ頃 ( 月 日頃 )	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( ) 接種日 ( 月 日 )	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	
“はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けてはいけな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 ( ) 歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか 薬品名又は食品名 ( ) 症状 ( )	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症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ことがありますか 予防接種名 ( ) 症状 ( )	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人はいますか	はい	いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合 ( )	はい	いいえ	

医師の記入欄	医師のサイン
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 年 月 日)	

医師の診察・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、	保護者又は本人のサイン
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 )	

ワクチン名	接種量	実施場所	市原市松ヶ島 2-1-13 もり小児科
Lot No,		医師名	森 淳夫
有効期限		接種年月日	西暦 年 月 日