

任意接種予診票 [ ロタ ・ おたふく ・ インフルエンザ ・ HB ・ MR ・ ]

住所			診察前の体温	℃
フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	
受ける人の名前			年 月 日( 歳 ヵ月)	
保護者の氏名		電話番号		

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書き下さい(○で囲む、または具体的に記入して下さい)

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	予防接種の説明を読み、効果や副反応、健康被害制度について理解しましたか	いいえ	はい	
2	接種を受ける方の発育歴についてお尋ねします			
	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
	出生体重( )g	はい	いいえ	
	乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
3	今日、具合の悪いところがありますか 具体的な症状( )	はい	いいえ	
4	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
5	1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹・風しん・水痘・おたふくなどの病気の 人はいましたか 病名( )	はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
7	6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射はうけましたか	はい	いいえ	
8	生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、医師の診断を受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
	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良いと言われましたか	はい	いいえ	
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか	はい	いいえ	
	そのとき熱はでましたか	はい	いいえ	
10	薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか 薬・食品名( )	はい	いいえ	
11	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	
12	これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名( )	はい	いいえ	
13	近親者に予防接種をして具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
14	(女性の方に)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ	
15	今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる ・ 見合わせる )と判断します 医師署名または押印
-------	--

保護者記入欄	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うえで接種を希望します 本人または保護者署名
--------	--

ワクチン名	回数	接種部位	接種量	ロット	実施場所・医師名・接種年月日
ロタウイルス	回目	経口	1.5mL		医療法人社団 渡辺小児科医院 成田市はなのき台1-22-14
おたふくかぜ	回目	左 右 腕上 腕下 大腿	0.5mL		
インフルエンザ	回目	左 右 腕上 腕下 大腿	mL		
HB	回目	左 右 腕上 腕下 大腿	mL		医師名 渡辺 智之
MR	回目	左 右 腕上 腕下 大腿	0.5mL		
	回目	左 右 腕上 腕下 大腿	mL		接種年月日 年 月 日
	回目	左 右 腕上 腕下 大腿	mL		