[　　] 予防接種予診票

		診察前の体温		度　　分	
住所					
受ける人の氏名		男・女	生年月日	平成　　年　　月　　日生 （満　　歳　　ヵ月）	
保護者の氏名					

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
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　　分娩後に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるとい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	
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ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	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、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	
1ヵ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	
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、医師の診察を受けていますか 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よいといわれまし	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　（　　）歳頃	はい	いいえ	
その時、熱が出ましたか	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はあ	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	
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 予防接種の種類（　　）	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	はい	いいえ	
医師記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）　医師署名又は記名押印			

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
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します　　保護者自書

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	（皮下接種） mL	実施場所 医師名 接種年月日　　平成　　年　　月　　日