

予防接種予診票（おたふくかぜ B型肝炎 インフルエンザ その他）

太枠内にご記入ください。

		診察前の体温		度	分
住所		TEL ()		-	
お子さんの氏名	(男女)	生年	昭和	年	月 日生
保護者の氏名		月日	平成	(満才ヶ月)	

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ()g 予定日どうり	出産時, 出生後に異常があった 乳児健診で異常があるといわれた	なかった ない
2. 今日、ふだ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？	いる (病名) 薬を飲んでいますか？ (いる, いない)	いない
4. ここ 1ヶ月の間に病気で診察、治療を受けたことがありますか？	ある (病名) (月 日ごろ)	ない
5. 最近、保育園や近所で、はしか/水痘などのお子さんがいましたか？	いた (疾患名)	いない
6. 4週間以内に他のワクチンを受けましたか	ある (ワクチン名)	ない
7. 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 (ワクチン名)	ない
8. 薬や食べ物で、じんましんが出たり、下痢をしたことがありますか？	ある (年 月頃 で) いまは、食べて (いる, いない)	ない
9. 今までに、けいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか？	ある (才ごろ, 回) 熱は何度くらいでしたか？ (度)	ない
10. 生まれてから今までに特別な疾患 (免疫不全症、血液疾患、先天異常など) の、診断を受けたことがありますか？	ある (病名) 主治医コメント ()	ない
11. 今日の予防接種について、質問などありましたら、お書きください。		

医師の記入欄 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) 医師のサイン	使用ワクチン名	実施場所 葛飾区新宿2-11-15 あじろ小児科 医師名 網代成子 接種年月日 平成 年 月 日
	Lot No	
予診の結果を聞いて、今日の予防接種を 受けますか？ (はい、見合わせる) 保護者のサイン	接種量 ml (皮下接種)	