

予防接種予診票（ムンプス・水痘・インフルエンザ・その他） 高校生以上

太枠内にご記入ください。

		診察前の体温			度	分
住所		TEL ()		-		
受ける人の氏名	(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. 今日、ふだん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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 4週間以内に他のワクチン接種を受けましたか？	ある（ワクチン名）	ない
6. 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
7. 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） いまは、食べて（いる、いない）	ない
8. 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
9. 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、診断をうけたことがありますか？	ある（病名） 主治医コメント（）	ない
10. (ご婦人の方に) 現在妊娠しておられますか。	はい	いいえ
11. 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、具体的に書いて下さい。		
12. 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）	