

予防接種 予診票

- 水痘 おたふく その他 ()
B型肝炎 (1・2・3回目)
不活化ポリオ (1・2・3回目・追加)

竹田こどもクリニック

		接種前の体温		度 分	
住 所		電 話			
受ける人の氏名	男	生年	年 月 日生		
保護者の氏名	女	月日	(満 歳 ヶ月)		
質 問 事 項 (当てはまる項目を○でかこんでください)		回 答 欄		医師記入欄	
今回の予防接種について説明文を読み、理解しましたか		はい	いいえ		
不活化ポリオの場合、副作用に対する救済制度がないことを理解しましたか		はい	いいえ		
出生体重は () g。分娩時や出生後に異常がありましたか	あった	なかった			
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない			
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ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ			
1ヶ月以内に家族や友達に麻しん、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ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	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			
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			
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			
その時に熱がでましたか	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がありますか? その薬や食品とは ()	はい	いいえ			
近親者に先天性免疫不全症候群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 ()	ある	ない			
家族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ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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			
医師の記入欄 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) 医師の署名					
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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) 保護者のサイン 接種を希望しません					
使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日			
	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側大腿	竹田こどもクリニック 竹田 弘			
	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側大腿	平成 年 月 日			

※ 記載いただきました個人情報、ワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。

予防接種 予診票

- 水痘 おたふく その他 ()
B型肝炎 (1・2・3回目)
不活化ポリオ (1・2・3回目・追加)

竹田こどもクリニック

		接種前の体温		度 分	
住 所		電 話			
受ける人の氏名	男	生年	年 月 日生		
保護者の氏名	女	月日	(満 歳 ヶ月)		
質 問 事 項 (当てはまる項目を○でかこんでください)		回 答 欄		医師記入欄	
今回の予防接種について説明文を読み、理解しましたか		はい	いいえ		
不活化ポリオの場合、副作用に対する救済制度がないことを理解しましたか		はい	いいえ		
出生体重は () g。分娩時や出生後に異常がありましたか	あった	なかった			
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない			
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ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ			
1ヶ月以内に家族や友達に麻しん、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ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	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			
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			
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			
その時に熱がでましたか	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がありますか? その薬や食品とは ()	はい	いいえ			
近親者に先天性免疫不全症候群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 ()	ある	ない			
家族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ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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			
医師の記入欄 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) 医師の署名					
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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) 保護者のサイン 接種を希望しません					
使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日			
	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側大腿	竹田こどもクリニック 竹田 弘			
	皮下接種 0.5ml 左・右 上腕伸側大腿	平成 年 月 日			

※ 記載いただきました個人情報、ワクチン接種に関する予診にのみ使用いたします。