みさきクリニック 予防接種予診票

(接種当日に太枠に必要事項を記入の上、回答欄に○をつけてください)

※適応:13才未満、DTワクチンの公費接種まで
適応外:ロタ、子宮頸がん、インフルエンザ

住 所	堺市 区		TEL ( ) -		
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)	保護者の氏名
受ける子供の氏名					
生まれた時の状況	体重	グラム	分娩 :	正常 ・ 異常 ( )	

※医療機関記入欄	☐ 五種混合(1・2・3・追加) ☐ 小児用肺炎球菌(1・2・3・追加) ☐ B型肝炎(1・2・3) ☐ BCG ☐ 麻しん風しん混合(1・2) ☐ 水痘(1・2) ☐ おたふく(1・2)(自費) ☐ 日本脳炎(1期1・2・追加・2期) ☐ DT(ジフテリア・破傷風)混合 ☐ その他( )
本日接種するワクチン	

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
〈共通の質問事項〉			
1 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2 今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いてください( )	はい	いいえ	
3 最近、1か月以内に病気にかかりましたか。 (病名)かかった日(月 日頃)	はい	いいえ	
4 4週間以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種)	はい	いいえ	
5 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・ その他の病気)にかかり診察を受けていますか。(病名)	はい	いいえ	
6 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たか	はい	いいえ	
7 今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
8 そのときに熱は出ましたか。	はい	いいえ	
9 薬や食品で皮ふに発疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 (種類)	はい	いいえ	
10 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)	はい	いいえ	
11 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
12 家族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	
13 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの 病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
14 6か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	
15 今日、今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
〈追加の質問事項〉			
16 ☐ 五種混合 ☐ 四種混合(DPT-IPV)の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
17 ☐ Hib(インフルエンザ菌b型)の予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
18 ☐ B型肝炎 ラテックス過敏症ですか。 ※ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。 ラテックス製の手袋を使用したときにアレルギー反応が見られた場合に疑います。 また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボカド、メロン等)に アレルギーがある場合には、医師にご相談ください。	はい	いいえ	
19 ☐ 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
20 ☐ 麻しん風しん混合 たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発疹がでたり、下痢をしたことがありますか	はい	いいえ	

〈保護者 or 本人記入欄〉

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で
 接種することに(同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んで下さい。
 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。 保護者
 このことを理解の上、予診票が市町に提出される場合があることに同意します。 サイン

〈医師記入欄〉

診察前の体温 度 分

診察所見・その他の特記事項( )

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。

保護者に対して、予防接種の効果、副反応について、説明しました。 医師サイン

〈接種部位と接種料〉 (LOTシールを貼って下さい)		経 口	シール	ml
右肩部	シール	ml	左肩部	シール ml
右上腕	シール	ml	左上腕	シール ml
右大腿	シール	ml	左大腿	シール ml

接種年月日 年 月 日 医師名