

予防接種予診票兼接種券

任意(自費)
接種券

※接種されるワクチンの左の□にチェックをして、接種の履歴と当日の日付を記入して下さい

□ Lot. No	実施 年月日	1回目	2回目
		年 月 日	年 月 日
		生後6週以上 14週6日以内	24週未満

B型肝炎 (自費接種用) Lot. No	実施 年月日	1回目	2回目	3回目
		年 月 日	年 月 日	年 月 日

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

*健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 度 分

住 所	電話 () -
フリガナ	男・女
受ける人の氏名	生年月日 年 月 日生
保護者の氏名	(満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 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 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
2. 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	
3. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 () 月 日頃 ()	はい	いいえ	
4. 1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名 () 月 日頃 ()	はい	いいえ	
5. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 (/ 月 日)(/ 月 日)	はい	いいえ	
6. 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よいといわれましたか	はい	いいえ	
7. 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	
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
8. 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
9. お子さんの中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	
10. これまでに予防接種を受けて特に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はいますか	はい	いいえ	
12. 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をしましたか	はい	いいえ	
13. (ご婦人の方に) 現在妊娠をしていますか	はい	いいえ	
14. 今日の予防接種について質問はありますか	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)

医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか

(はい ・ 見合わせます)

保護者のサイン

実施場所： 〒470-0113 日進市栄2丁目112番地 医療法人 川井小児科クリニック

医師名： 川井 進

接種日：

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。