

予防接種予診表<小児用>

※この予診表は当医療機関における個人情報保護方針に基づき管理されます

被接種者 氏名	生年月日	年	月	日生
性別	男 ・ 女	診察前の体温	度	分
質問事項		回答欄		医師記入欄
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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか		あった なかった あった なかった ある ない		
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書き下さい ()		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()		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)にかかり医師の診察を受けていますか 病名() 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もよいといわれましたか		はい いいえ はい いいえ		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃 その時熱はでましたか		はい いいえ はい いいえ		
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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		
お子さんの中に先天性免疫不全症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方はいますか		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 (受ける ・ 見合わせる)
本人のサイン (もしくは代理人のサイン)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時			
名称:	皮下接種	医療機関名:	おかもと内科小児科診療所		
		医師名:	岡 本 一 徳		
製造番号:	ml	接種日時:	年	月	日 時 分