

にしきこどもクリニック 予防接種 予診票

受けるのに○をつけて下さい	1回目	2回目	3回目	追加	2期
ヒブ					
肺炎球菌					
ロタ					
B型肝炎					
四種混合(DPT-IPV)					二種混合(DT)
3種混合(DPT)					
ポリオ(IPV)					

MR(麻疹風疹)				
おたふく				
水痘				
日本脳炎				
インフルエンザ				

住所	堺市 区				
ふりがな		男	女	電話	
氏名		年	月	日生	歳 か月
保護者氏名					

質問事項	回答欄	
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、体の具合のわるいところがありますか？その症状は()	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)	はい	いいえ
4. 四週間以内に予防接種を受けましたか？(予防接種名)	はい	いいえ
5. 今まで特別な病気(先天異常、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
診てもらっている医師に今日の予防接種は受けていいといわれましたか？	はい	いいえ
6. 今までにけいれんやひきつけをおこしたことがありますか？	はい	いいえ
そのとき熱がでましたか？	はい	いいえ
7. 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はありますか？(種類)	はい	いいえ
8. じんましん、アトピー性皮膚炎、喘息などアレルギー性の病気がありますか？	はい	いいえ
9. 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？()	はい	いいえ
10. 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
11. 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
12. 一か月以内に家族やとまだちに麻疹風疹おたふく水痘などがいましたか？	はい	いいえ
13. 今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ

14. 予防接種についての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し、病歴・健康状況・接種当日の体調を考慮したうえで、接種することに (同意します・同意しません) *どちらかを○で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保及び保護者の方などに予防接種に対する理解を深めることを目的としています。このことを理解のうえ、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者 自署

医師の記入欄 診察前の体温 度 分

診察所見・その他特記事項 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、副反応及び予防接種健康被害救済制度等について、説明をしました。 にしきこどもクリニック 西機 哲夫

使用ワクチンロットナンバー