

() 予防接種予診票

住所	〒		
カナ氏名		TEL	
生年月日	明・昭 大・平	年 月 日生	(満 歳 カ月)

次の項目に該当するところに記入するか○で囲んでください。	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
現在の体温は何度ですか。		°C	
本日具合の悪いところがありますか。 (病名・症状)	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	
生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・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	
主治医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	
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。	はい	いいえ	
兄弟姉妹の中に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	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)	はい	いいえ	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します
 医師の署名

予診の結果を聞いて本日の予防接種を受けますか。(はい・見合わせます)
 本人(未成年の場合はその保護者の)署名

使用ワクチン名	接種量	医)遠藤外科・整形外科
ワクチン名	(皮下接種)	医師名
Lot	ml	接種年月日