

住所	〒		—	診察前の体温	℃
フリガナ			生年月日	年	月 日生
受ける人の氏名			男・女	(満年齢)	(満 歳 か月)
保護者の氏名			電話番号	-	-

下記の質問事項を読んで黒のボールペンで具体的に記入、または○で囲んでください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2	接種を受ける人の発育歴についておたずねします。			
	出生体重()g			
	分娩時・出産後に異常がありましたか			
	乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか			
3	今日、体に具合の悪いところがありますか。			
	具体的な症状 ()			
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか。病名()			
5	1カ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()			
6	1カ月以内に予防接種をうけましたか。			
	予防接種の種類()接種日(月 日)			
7	6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか。			
8	生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察をうけていますか。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よいといわれましたか。			
9	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃			
	その時熱が出ましたか			
10	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			
	薬・食品名()			
11	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか			
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか			
	予防接種名()			
13	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか			
14	(12歳以上の女性の場合)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか。			
15	今日の予防接種について質問がありますか			

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は	可能 ・ 見合わせる	医師署名又は記名押印
保護者記入欄	医師の説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種することに	同意します ・ 同意しません	本人又は保護者署名

ワクチン名	回数	メーカー/ロット	接種部位	接種量	実施場所
ロタウイルス			経口	ml	山田外科医院
おたふくかぜ			上腕 大腿 左右 上下	ml	医師名 山田 裕史
B型肝炎			上腕 大腿 左右 上下	ml	
A型肝炎			上腕 大腿 左右 上下	ml	接種日 平成・令和
			上腕 大腿 左右 上下	ml	
			上腕 大腿 左右 上下	ml	
			上腕 大腿 左右 上下	ml	
					年 月 日