

【 B型肝炎 ・ おたふくかぜ ・ 3種混合 ・ 不活化ポリオ



はぐくみ  
Baby&Kid'sクリニック

インフルエンザ ・ その他 :

予診票 ]

カルテNo.			
住所			診察前の体温
ふりがな	男・女	生年月日	度 分
接種を受ける人の名前			西暦 年 月 日
保護者の氏名			( 歳 か月)
			— —
			— —

下記の質問事項を呼んで、黒のボールペンで記入して下さい(○で囲む、または具体的に記入して下さい)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文書を読み、予防接種の効果・副反応及び、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、理解しましたか。	はい	いいえ	
2. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。			
出生時の体重	( ) g		
分娩時に異常がありましたか。	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
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	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
症状 ( )			
4. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名 ( )			
5. 1か月以内に家族や友達にはしか、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
病名 ( )			
6. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類 ( 月 日 : ) ( 月 日 : )			
7. 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・血液・脳神経の病気、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。	はい	いいえ	
病名 ( )			
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよといわれましたか。	はい	いいえ	
8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
そのときの月齢・年齢	( )		
そのときに熱が出ましたか。	はい	いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんが出たり、具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい	いいえ	
薬・食品名 ( )			
10. 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。	はい	いいえ	
11. 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。	はい	いいえ	
予防接種名 ( )			
12. 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。	はい	いいえ	
13. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
14. (女性の方に) 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。	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄

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・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明をしました。

医師署名又は記名押印 [ ]

保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解した上で、接種することに( 同意します ・ 同意しません )。

※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。

本人または保護者署名 [ ]

使用ワクチン名	回数	接種部位	接種量	Lot	実施場所・医師名
B型肝炎	回目	左・右 上腕・大腿	0.25ml・0.5ml		印西市西の原5丁目12-2 はぐくみBaby&Kid'sクリニック
おたふくかぜ	回目	左・右 上腕・大腿	0.5ml		
3種混合	回目	左・右 上腕・大腿	0.5ml		
不活化ポリオ	回目	左・右 上腕・大腿	0.5ml		
インフルエンザ	回目	左・右 上腕・大腿	0.25ml・0.5ml		医師名 川戸 仁
	回目	左・右 上腕・大腿	ml		接種年月日
	回目	左・右 上腕・大腿	ml		西暦 年 月 日
	回目	左・右 上腕・大腿	ml		