

予防接種予診票

受診日： 年 月 日

ふりがな	(男・女)	診察前の体温℃		
お名前		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳 か月)
(保護者氏名)				

質問事項	回答欄
本日希望のワクチンを☐チェックし、何回目の接種かご記入下さい。	☐A型肝炎 (回目) ☐B型肝炎 (回目) ☐日本脳炎 (回目) ☐破傷風 (回目) ☐狂犬病 (回目) ☐その他※ワクチン名をご記入ください。() (回目)
本日希望のワクチンを過去に接種されたことがある方は最終接種日をご記入ください。 年 月 日	

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明を（今日または初回接種時に）受け、効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか。 病名、具合の悪い箇所 () 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ いいえ はい	
特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか。 病名 ()	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。 薬品・食品名 ()	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はありますか。 予防接種名 ()	はい いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい いいえ	
近親者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	
(女性のみ) 現在妊娠していますか。	はい いいえ	
(接種される方がお子様の場合に) 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言われたことがありますか。	はい いいえ はい いいえ 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	

【副反応・注意点】
重篤な副反応が発生する場合は、2～3分後から数時間の間に発生しますが、一般的には30分以内に症状が現れることがほとんどです。
接種後30分は病院に残って様子を見ていただくか、何かあった場合はすぐにクリニックにご連絡ください。
出現する可能性のある症状：じんましん、動悸、発汗、嘔気、顔面蒼白、呼吸困難、血圧低下 など

国内未承認である輸入ワクチンは、国の救済措置・保証が適応されず、自己責任となる場合がございますことを予めご了承ください。

医師記入欄
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。 医師署名： _____

本人もしくは保護者記入
医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性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 ） 署名： _____（代筆の場合： 続柄 _____）