

予診欄

		診察前の体温		度	分
住所					
受ける人の氏名		男女	生年月日	平成(満)	年(歳)月(カ)日(カ)
優先接種対象者等分類	1. 基礎疾患を有する者 2. 中学生に相当する年齢の者				
質問事項			回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか			あった	なかった	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()			はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()			はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などの病気の方がいましたか (病名)			はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()			はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか			はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()			はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか			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	
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	
そのとき熱がでましたか			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	
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	
上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、 接種することに同意しますか(同意します ・ 同意しません) ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください 平成 年 月 日 保護者自署					

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(可能 ・ 見合わせる)と判断します
接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした
医師署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日			
メーカー名	ml	実施場所			
Lot No.		医師名			
		接種年月日 平成 年 月 日			