

あかざわ小児科

同時接種予診票

今日接種するワクチンを ○で囲んでください。		ヒブ・肺炎球菌・4種混合・3種混合・ポリオ・MR・日本脳炎・2種混合・子宮頸がん ----- ロタ・B型肝炎・みずぼうそう・おたふくかぜ・インフルエンザ						
住所 堺市 区		TEL () -						
(フリガナ) 受ける子供の氏名	男 女	生年月日	平成	年	月	日生(歳 か月)	保護者の氏名	
質問事項						解答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。						はい	いいえ	
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を記入してください。()						はい	いいえ	
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名)かかった日(月 日ごろ)						はい	いいえ	
4. 4週間以内に予防接種をうけましたか。(予防接種名)						はい	いいえ	
5. 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) にかかり診察を受けていますか。(病名)						はい	いいえ	
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もよいといわれましたか。						はい	いいえ	
6. 今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。(歳頃から 回)						はい	いいえ	
その時に熱がでましたか。						はい	いいえ	
7. 卵などの食品や薬で皮膚に発疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。(種類)						はい	いいえ	
8. じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそく等のアレルギーの病気がありますか。						はい	いいえ	
9. 今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	
10. 家族のなかで予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。(予防接種名)						はい	いいえ	
11. 家族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	
12. 1か月以内に家族や遊び仲間に、はしか、風しん、おたふくかぜ、みずぼうそう などの病気の方がいましたか。(病名)						はい	いいえ	
13. 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか。						はい	いいえ	
14. 今日の予防接種について質問がありますか。						はい	いいえ	
15. 予防接種についての説明(ポリオに関しては牛の成分の説明を含む)を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性および予防接種救済制度などに病歴・ 健康状態・接種当日の体調を考慮したうえで、接種することに (同意します 同意しません) * かつこの中のどちらかをえらんで下さい この予診票は、予防接種の安全性の確保及び保護者の方などに予防接種に対する理解を深めることを目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。								
保護者 自署								

* 医師の記入欄

診察所見・特記事項	診察前の体温	度	分
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、予防接種健康被害救済制度などについて、説明しました。			
医師名	赤澤 英樹	印またはサイン	
使用ワクチン名	ロット番号		
①	②	③	④
⑤	接種年月日 平成 年 月 日		