

受ける人の

男・女

診察券番号

ふりがな

住所

名前

電話番号

生年月日

保護者の名前

平成 年 月 日(満 ヶ月)

1歳未満 0.25ml

★診察前の体温 度 分★

質問事項	回答欄		医師
	あった あった ある	なかった なかった ない	
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。 乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。			
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() 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	
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。()カ月頃	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	
6ヶ月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか?	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	

医師記入欄

以上の問診・診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)

保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を(希望します・希望しません)。

平成 年 月 日

保護者のサイン

ワクチン名:インフルエンザ
メーカー名:
LOT No.:(皮下接種)
0.25ml接種場所:かえでこどもクリニック
三鷹市井口 3-6-16 アップルかえで通りビル1F
医師名:小口薫
接種年月日: