

かたぎり小児科

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)		生年月日	平成 年 月 日生(歳 か月)	保護者の氏名	
受ける子供の氏名	男 女				

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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
4. 4週間以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その時に熱がでましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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受けましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
14. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 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。	診察前の体温 度 分 片桐 真二 印またはサイン
使用ワクチン名 ロット番号	医師名

①	②	③	④	⑤
接種年月日				平成 年 月 日