

おたふくかぜ 予防接種・予診票

年 月 日

住 所	〒 _____				TEL ( _____ ) _____
(フリガナ) 接種を受け る人の氏名	( _____ )	男 ・ 女	生年 月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	( _____ 歳 _____ ヶ月)
保護者の氏名					

質問事項	回答欄	
診察前の体温	自宅で _____ °C	来院時 _____ °C
分娩時に異常がありましたか	はい ( _____ )	いいえ
出生後に異常がありましたか	はい ( _____ )	いいえ
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい ( _____ )	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい ※具体的に ( _____ )	いいえ
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名( _____ )	いいえ
1ヶ月以内に麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方との接触はありましたか	はい 病名( _____ )	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名( _____ ) 接種日 ( _____ 月 _____ 日)	いいえ
現在、何か病気で医師の診察をうけていますか また、医師の観察を受けている慢性の病気はありますか	はい 病名( _____ )	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よいといわれましたか	はい	いいえ
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい 回数( _____ 回) 最後( _____ 年 _____ 月)	いいえ
その時熱はでましたか	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はありますか	はい ※具体的に ( _____ )	いいえ
本人及び兄弟の中に免疫不全と診断されている方はいますか	はい ( _____ )	いいえ
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい 予防接種名( _____ ) 症状( _____ )	いいえ
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい 続柄( _____ ) 予防接種名( _____ ) 症状( _____ )	いいえ
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン治療を受けましたか	はい	いいえ
今日の予防接種について質問があったらお書きください		
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。	はい	見合わせます
	保護者の署名 _____	

使用ワクチン名 (シール貼付)	接種量	実施場所・医師名
	皮下接種 0.5ml 接種部位 左・右・上腕伸側部	医療機関名:いわせこどもクリニック 医師名:岩瀬 将信