

おたふくかぜワクチン接種予診票

被接種者氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日生(満 歳 か月)	
保護者氏名	ふりがな			診察前体温 度 分	
質問事項				回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか				はい	いいえ
保護者の方に、お子さま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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか				あった あった ある	なかった なかった ない
今日 体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()				はい	いいえ
最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名()				はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()				はい	いいえ
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他病気)にかかり医師の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いいといわれましたか				はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃 その時熱はでましたか				ある はい	ない いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか				はい	いいえ
接種を受ける方の兄弟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
これ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
家族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
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか				はい	いいえ
妊娠可能な方に、現在、妊娠していますか				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)					
医師のサイン _____					
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる)					
保護者のサイン(お子さまの場合) _____					
本人のサイン(大人の場合) _____					
使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時			
名称:おたふくかぜワクチン	皮下接種	〒581-0004 八尾市東本町2-6-7 医療機関名: 医療法人 木村小児科			
メーカー名:北里研究所	0.5mL	医師名: 木村 三 郎			
製造番号:KO-		接種日時: 年 月 日() 時 分			