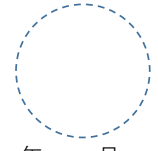


(ワクチン名; \_\_\_\_\_) ワクチン接種 予診票 (未成年者用)

住 所	大阪市	区	電話 ( )		
接種を受ける方	ふりがな		男・女	保護者 氏 名	
	氏 名				
	生年月日	年	月	日生	
接種を受ける方の 生まれた時	体 重	分 娩			
	グラム	異常なし ・ 異常あり ( )			



年 月 日  
0.5ml  
皮下

【 質 問 事 項 】		医師確認
1	今日、お子さんは身体の具合の悪いところはありますか。 「はい」に○をされた方；それはどんな状態ですか。( )	はい・いいえ
2	最近1か月以内に病気やケガで医療機関を受診されましたか。 病名 ( ) 時期 ( ~ )	はい・いいえ
3	生まれてから今までに、先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気・免疫不全、その他の病気 で医療機関を受診されましたか。 病名 ( ) 時期 ( ~ ) 主治医の先生に本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
		はい・いいえ
4	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 回数 ( )、最後におこした時期 ( ) その時熱は出ましたか。*「はい」の方はそのときの体温 ( 度 分)	はい・いいえ
		はい・いいえ
5	くすりや食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい・いいえ
6	今までに保健福祉センターなどの乳幼児健診で健康上の注意を受けたことがありますか。	はい・いいえ
7	4週間以内に何か予防接種を受けましたか。 *「はい」の方は受けた予防接種の種類 ( )	はい・いいえ
8	4週間以内に家族や友人などの身近な方に麻しん(はしか)・風しん・水とう(水ぼうそう)・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい・いいえ
9	これまでに受けた予防接種で、身体の具合が悪くなったことがありますか。 *「はい」の方は受けた予防接種の種類 ( ) それはどんな状態でしたか。( )	はい・いいえ
		はい・いいえ
10	近親者の中で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
11	近親者の中で先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい・いいえ
12	今日受ける予防接種について説明書を読みましたか。	はい・いいえ
13	その他お子さんのことや、今日の予防接種について何か質問はありますか。 「はい」の方は具体的に ( )	はい・いいえ

※医師の記入欄	※体温測定 度 分
診察所見・その他特記事項	医師署名
以上の予診(問診、検温、診察)の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。	又は
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。	記名押印

14. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、用接種健康被害救済制度について理解したうえで、接種することに( 同意します ・ 同意しません ) ※ ( ) 内のどちらかを○で囲んでください。	保護者自署(フルネームで記入してください)
--	-----------------------

※ 使用ワクチン名

※ Lot No.

※ 最終有効年月日： 年 月 日 ※接種部位(左・右)上腕部

接種医師名