

# おたふくかぜ予防接種予診票

記入日	平成 年 月 日	診察前の体温	度 分
本人氏名		生年月日	
保護者氏名 <small>〔未成年者(既婚者を除く)の場合は、こちらにも記入〕</small>		年 月 日生( 歳)	男・女
住所		電話	

質問事項	回答欄		医師記入欄
01. 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	
02. 保護者の方に、お子様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	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
03. 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	
04. 最近 1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
05. 1ヵ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	
06. 1ヵ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	
07. 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( ) 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 はい	いいえ いいえ	
08. 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	はい はい	いいえ いいえ	
09. 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	
10. 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	
11. 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	
12. 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	
13. 6ヵ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	
14. 女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)は ありますか (注)接種後2ヵ月間は妊娠をさける必要があります	はい	いいえ	
15. 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) 医師の署名  
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて 理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名 Lot.No.	皮下接種  mL	実施場所：小児科 たかのクリニック 医師名：高野 健一郎 接種日時： 年 月 日



(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。