

予防接種（共通）の予診表

（体温 . °C）

住所 _____

氏名 _____ 生年月日 昭・平・令和 年 月 日（ 歳）

保護者名 _____（続柄 _____）

・現在の体調で具合の悪いところがありますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・この1カ月以内に病気にかかりましたか？	はい（ _____ ）・いいえ
・特別な持病や慢性病をお持ちですか？	はい（ _____ ）・いいえ
長期間服用している薬があればお書きください（ _____ ）	
・薬や食べ物でアレルギー症状の出たことがありますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・けいれんを起こしたことがありますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・喘息や間質性肺炎と診断されたことがありますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・今までに予防接種で具合悪くなったことがありますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・この1か月以内に予防接種を受けましたか？	はい（ _____ ）・いいえ
・この6か月以内に輸血やガンマグロブリン注射をしましたか？	はい（ _____ ）・いいえ
・近親者先天性免疫不全症の方がおられますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・この1か月以内に、家族や周囲の方ではしか・水ぼうそう・おたふくかぜ等にかかった方がいますか？	はい（ _____ ）・いいえ
・（女性の方へ） 妊娠中ですか？	はい（ 妊娠 _____ 週目 ） ・いいえ
・（お子さんへ） 分娩・出産で異常がありましたか？	はい（ _____ ）・いいえ
・何かご質問があれば記入してください。（ _____ ）	

医師記入欄

以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は（実施できる ・ 見合わせる）と判断します。
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応およ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ました。

医師の署名または記名押印 _____

本人（保護者）記入欄

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することに
（同意します ・ 同意しません ）。

署名 _____（代筆者の場合続柄 _____）

使用ワクチン名およびロット番号

皮下接種・筋肉内接種 ml

実施場所：藤原小児科クリニック、 医師名：藤原克彦
接種日時： 年 月 日 時 分