

# 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 ・

# 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

水ぼうそう	1回目 ・ 2回目					
おたふくかぜ	1回目 ・ 2回目					
日本脳炎	1期初回 ( 1回目 ・ 2回目 ) ・ 1期追加 ・ 2期				1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
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 (満 才 生 カ月)
保護者の氏名						

質問項目	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、理解しましたか。	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 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 乳児健診で異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
水痘(みずぼうそう)ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい (水痘)	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状 ( )	はい	いいえ	
今まで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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 具体的な病状 ( )	はい	いいえ	
4週間以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ 病名 ( ) などの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
4週間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・肝臓・血液・発育障害の病気、 血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名 ( )	はい	いいえ	
また、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言われましたか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ( ) 歳頃	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。 薬・食品・製品名など ( )	はい	いいえ	
近親者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はありますか。 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
近親者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接種を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、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。  
保護者に対して、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ました。

医師の署名または記名押印 [ 中 西 み どり ]

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ました。 保護者の署名  
以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。( はい ・ いいえ ) [ ]

使用ワクチン名	接種量・方法	診察前の体温
名称:水ぼうそう メーカー名:	製造番号: 皮下注射 上腕伸側部 0.5ml 右・左 / 上・下	度 分
名称:おたふくかぜ メーカー名:	製造番号: 皮下注射 上腕伸側部 0.5ml 右・左 / 上・下	実施場所・医師名・接種年月日
名称:日本脳炎 メーカー名:	製造番号: 皮下注射 上腕伸側部 0.5/0.25 ml 右・左 / 上・下	医療機関名:医療法人メディコンフォート 中西クリニック
名称: メーカー名:	製造番号: 皮下注射 上腕伸側部 0.5ml 右・左 / 上・下	医師名:中西 みどり
名称: メーカー名:	製造番号: 皮下注射 上腕伸側部 0.5ml 右・左 / 上・下	接種年月日:
名称: メーカー名:	製造番号: 皮下注射 上腕伸側部 0.5ml 右・左 / 上・下	平成 年 月 日 時