

卵

1 回 目 ・ 2 回 目

自 費

¥6,000

おたふくかぜ予防接種の予診票

住 所	診察前の体温	度	分
受ける人の氏名	電 話		
保護者の氏名	男 生年	年	月 日生
	女 年日	(満 歳 か月)	

質 問 事 項	回答(○印)欄	医師記入欄
本日おやこ健康手帳を持っていますか。	は い ・ いいえ	
お子様の場合、発育歴について書いてください。	あった ・ なかった	
出生体重 () g、		
分娩時または出生時の異常	あった ・ なかった	
乳幼児健診での異常はありませんでしたか。(歳 か月時)	あった ・ なかった	
出生時から今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、腎臓、脳・神経、免疫不全、その他)にかかり、医師に診察を受けていますか。	は い ・ いいえ	
(病名:)。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いわれましたか。	は い ・ いいえ	
今日、からだに具合の悪いところがありますか。	あ る ・ な い	
あれば、具合の悪いところ、症状を書いてください。()		
最近1か月以内に、病気にかかりましたか。	は い ・ いいえ	
(病名:)		
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(歳頃)	あ る ・ な い	
その時に熱が出ましたか。	は い ・ いいえ	
1か月以内に家族や遊び友だちで麻疹、風しん、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか。(病名:)	は い ・ いいえ	
薬や食物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。(何で:)	あ る ・ な い	
1か月以内に何か予防接種を受けましたか。	は い ・ いいえ	
(予防接種名:)		
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。	あ る ・ な い	
(予防接種名:)		
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	
お子様の中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	
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	は い ・ いいえ	
ほかに、今日の予防接種について質問がありますか。	あ る ・ な い	
医師の記入欄	医師のサイン	
以上の問診および診察の結果、今回の予防接種の可否。(可能 ・ 見合わせる) []		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(はい ・ 見合わせます) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 おたふくかぜワクチン		実施場所 〒710-0041 岡山県倉敷市五日市 475
Lot No.		医療法人 こくま会 よしみつ小児科医院
	0.5ml	医師名 吉 光 一
		接種年月日 令和 年 月 日

説明者サイン