

任意(自費)予防接種 予診票

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ロタテック (1・2・3 回目) | <input type="checkbox"/> ロタリックス (1・2 回目) |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1・2 回目) | <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3 回目) |
| <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2 回目) | ※その他 () |

| | | | |
|---------|-----|--------|-------|
| 住所 | | 診察前の体温 | 度 分 |
| | | 電話番号 | — — |
| 受ける人の氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者の氏名 | | | |

| 質問事項 | 回答欄 | 医師記入 |
|---|------------------------|------|
| 今日受ける予防接種について説明を読んで理解しましたか | はい いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか | はい いいえ | |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか | 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 | |
| また、これまでに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか (心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・発育障害・免疫不全症・その他の病気など) 病名() | はい いいえ | |
| 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 | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか | はい いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(最後 年 月頃) そのときに熱がでましたか | はい いいえ 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がありますか | 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がありますか 予防接種名・症状() | はい いいえ | |
| 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか 受けた場合は下記より当てはまる項目に○してください (BCG ・ おたふくかぜ ・ MR(麻しん風しん) ・ 水痘 ・ ロタウイルス) | はい いいえ | |
| 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜの病気の方がいますか 病名() | はい いいえ | |
| その他、健康状態のことで伝えたいことがあれば具体的に書いてください | | |

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・見合わせた方がよい)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、説明をしました

医師の署名又は記名押印：

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解しました
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)

保護者署名：

| | | | | |
|----------|------|----------|------|---------------|
| ①使用ワクチン名 | ①接種量 | ②使用ワクチン名 | ②接種量 | 医療機関名： おがわ小児科 |
| | ml | | ml | 医師名： 小川 誠 |
| | | | | 接種年月日： 年 月 日 |