

自費

※事前予約が必要

( 三種混合 ) 予防接種予診票

|  |  |      |                   |                      |                 |
|--|--|------|-------------------|----------------------|-----------------|
| 住所   |  |      | 診察前の体温            | 度                    | 分               |
| 受ける人の名前  |  | 電話番号 | ( )               | -                    |                 |
| 保護者の名前   |  | 生年月日 | 平成                | 年                    | 月 日<br>(満 歳 ヶ月) |
| 質問事項   |  |      | 回答欄               |                      | 医師記入欄           |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。<br>出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか。<br>出生後に異常がありましたか。<br>乳児健診で異常があるとされたことがありますか。 |  |      | あった<br>あった<br>あった | なかった<br>なかった<br>なかった |                 |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。<br>具体的な症状を書いて下さい( )   |  |      | ある                | ない                   |                 |
| 最近1ヵ月以内に病気かかりましたか。<br>病名( )  |  |      | はい                | いいえ                  |                 |
| 1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの<br>病気の人がありましたか。<br>病名( )                                       |  |      | はい                | いいえ                  |                 |
| 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種名( ) 接種日( )  |  |      | 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、脳神経、<br>免疫不全など)にかかり医師に診察を受けていますか。<br>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いわれましたか。   |  |      | 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。( 年 月頃)  |  |      | はい                | いいえ                  |                 |
| その時に熱がでましたか。   |  |      | 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                  |                 |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか。   |  |      | 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がありますか。<br>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人はいますか。<br>予防接種名( )  |  |      | はい                | いいえ                  |                 |
| 6ヵ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はありますか。   |  |      | 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 )<br>医師のサイン |
|--------|---|

|        |   |
|--------|---|
| 保護者記入欄 | 予診の結果を聞いて接種することに( 同意します ・ 同意しません )<br>保護者自署 |
|--------|---|

|        |                      |     |       |          |
|--------|----------------------|-----|-------|----------|
| 予診年月日  | 令和 年 月 日 (予診のみの場合記入) | 接種量 | 接種年月日 | 令和 年 月 日 |
| ワクチン名  |                      |     | 医療機関名 | 太陽こども病院  |
| Lot No |                      | ml  | 医師名   |          |

(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等で注射される事があり、この注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。