

# 水痘 おたふく（有料）予防接種予診票

1回目（ 年 月 日 ） ・ 2回目

\* 接種ご希望の方へ： 太枠内にご記入下さい。

\* お子さんの場合は、健康状態を把握している保護者をご記入ください。

				診察前の体温： 度 分	
住所	TEL： ( )				
受ける人の名前	男	生年月日	年	月	日生
保護者の氏名 <small>(18歳未満の方)</small>	女		(満	歳	ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか？	はい	いいえ	
発育歴についておたずねします 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された事がありますか？	あった あった ある	なかった なかった ない	
あなたのお子さんは、水痘 に罹ったことがありますか？	ある	ない	
今日、身体に具合の悪いところがありますか？ (症状： )	はい	いいえ	
最近、1カ月以内に病気にかかりましたか？ (病名： )	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や友達に、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の方はいましたか？ (病名： )	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： ) (接種日： 月 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・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか？ (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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ ( )歳頃	はい	いいえ	
その時に熱が出ましたか？	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、身体の具合が悪くなった事がありますか？	はい	いいえ	
お子さんの中に、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	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなった事がありますか？ (予防接種名： )	ある	ない	
家族に予防接種を受けて、具合が悪くなった人はいますか？	はい	いいえ	
6カ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？ (注)	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 ( 可能 ・ 見合わせる )

見合わせた場合、その理由

( )

医師のサイン \_\_\_\_\_

予診の結果、予防接種を受けますか？  ( はい ・ いいえ )	小児：保護者のサイン 成人：本人もしくは代理人のサイン  _____
---------------------------------------	---

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所 ・ 医師名	
ワクチン名：  Lot.No：	(皮下接種)  <b>0.5ml</b>	神奈川県川崎市宮前区西野川1-4-17 こども元気！内科クリニック TEL：044-740-3456  医師名：	*接種年月日*

(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などで注射される事があり、この注射を3〜6カ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事があります。