

患者 ID

患者氏名

日時

予防接種 予診票

		診察前体温		度	分
受ける人の氏名		男	生年	年	月 日
保護者氏名 (未成年)		女	月日	(満	歳)

質問事項 (回答欄のあてはまる項目を○で囲んでください)	回答欄		医師欄
今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()	ある	ない	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか 病名 ()	はい	いいえ	
今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 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	いいえ	はい	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃 そのとき熱がでましたか	ある はい	ない いいえ	
薬や食品 (鶏肉・卵) で皮膚に発疹やじん麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
免疫不全と診断されたことがありますか	ある	ない	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前 ()	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	いる	いない	
※6ヶ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	

※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、麻疹などの感染症の予防目的や重症感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ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。

今日の予防接種の効果や副反応について理解されましたか	いいえ	はい	
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 (可能・見合わせる)	医師サイン _____		
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)	被接種者または保護者のサイン _____		

使用ワクチン名 (LotNo.)	接種量	実施場所・医師名
	(皮下/筋肉 接種) ml	横浜市立市民病院 医師 接種年月日 年 月 日