

↑ご希望の任意ワクチン(インフルエンザと髄膜炎菌以外の1~4種類まで)をお書きください。

住所 高槻市 TEL 体温 °C

ふりがな 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

受ける人の氏名 男 女 満 歳 か月

保護者の氏名

質問事項	回答欄	医師 記入欄
1 あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねいたします。 出生体重 分娩時に異常がありましたか。( )	あった なかった	
出生時に異常がありましたか。( )	あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。( )	ある ない	
2 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい いいえ	
3 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 (病名/いつ頃 病名/いつ頃 )	はい いいえ	
4 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名( )	はい いいえ	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名・接種日( )	はい いいえ	
6 生まれてから今までに特別な病気(先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経疾患、 免疫不全、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。 病名( )	はい いいえ	
その病気の主治医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	
7 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃 そのときに熱が出ましたか。( )度くらい	はい いいえ はい いいえ	
8 薬や食品で皮膚にじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 (薬・食品名 症状 )	はい いいえ	
9 鶏卵、鶏肉などの食品で皮膚にじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
10 近親者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	
11 これまでに予防接種をうけて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名( )	ある ない	
12 家族に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか。( )	ある ない	
13 6か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	
14 今日の予防接種について質問がありますか。 ( )	はい いいえ	
15 (女性の方へ)現在妊娠している可能性はありますか。	ある ない	
16 (女性の方へ)水痘、MRまたは風疹ワクチン接種前約1か月間と接種後約2か月間は 避妊していただくことをご了承いただけますか。	はい いいえ	

(医師の記入欄) 以上の予診と診察の結果、今日の予防接種は  
(可能 ・ 見合わせる) 医師のサイン 松 下 弘 二

(保護者または本人記入欄) 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) 保護者または本人のサイン

医療機関記入欄 (使用ワクチン)	接種量	(実施場所・医師名)
ムンプス 水痘 HB	(皮下接種)	まつしたクリニック
MR 麻疹 風疹 HA DT	0.1mL / 0.25mL	松 下 弘 二
LotNo 北里 武田 ビケン	0.5mL	
ファイザー MSD 田辺 生研 kmb サノフィ	接種年月日	年 月 日