

[ 予防接種予診票 ]

予 備 用

接種対象者	フリガナ		診 察 前 の 体 温	度	分
	氏 名	(男・女)	平成	年	月 日生
	住 所	新潟市 区	(満	歳	か月)
	電話 ( - )		保 護 者 の 氏 名		

- ◎ この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
- ◎ よく読んであてはまる所を○で囲み、また必要など所にボールペンで記入してください。

● 母子健康手帳も忘れずに持参してください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今回受ける予防接種について市から配られている予防接種と子どもの健康を読みましたか	いいえ	はい	
2	あなたのお子さんの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いわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
3	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	
4	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	
5	1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、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	
6	1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
7	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、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いわれましたか	はい	いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
	そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
9	薬をのんで皮膚に発疹や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	
	食品(特に、ゼラチン入りのもの(ゼリー、グミ、ヨーグルトなど)、たまごなど)を食べ て、発疹やじんましんがでたり、口のまわりが赤くなったり、体の具合が悪くなったりした ことがありますか	はい	いいえ	
10	家族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	
11	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 予防接種の名前 ( )	ある	ない	
12	家族の中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	
13	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	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	

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(理由 )  
 保護者に対して予防接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師のサイン

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか 1. 接種を希望します 2. 接種を希望しません(理由 )	保護者のサイン
接種を見合わせる場合、この予診票が新潟市に提出されることに同意します。	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名		実施場所 〒950-0945 新潟市中央区女池上山2丁目14番30号 おひさま・こどもクリニック
Lot No.	mL	医師名 院長 冠木 直之
		接種年月日 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ことがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。