

※太い線でかこまれたところを記入するか○で囲んで下さい。

※お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい

診察前体温

任意接種用

度 分

住所				任意接種用	
(フリガナ) 予防接種を受ける人の 氏名		男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
(保護者の氏名)				(満 歳 ヶ月)	
質問事項			回答欄		医師記入欄
1.今日受けられる予防接種についての説明文を読んで理解しましたか			はい	いいえ	
2.今日、普段と違って具合の悪いところがありますか			ある(具体的に)	ない	
3.現在、何かの病気で医師にかかっていますか			はい(病名)	いいえ	
4.最近1か月以内に何か病気にかかりましたか			はい(病名)	いいえ	
5.今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか			ある(具体的に)	ない	
【"ある"の場合】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良いと言われましたか			はい	いいえ	
6.今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか			ある(年 月 ころ) 最後は 年 月 ころ	ない	
【"ある"の場合】ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか			はい( °C)	いいえ	
7.今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか			ある(年 月 ころ) 治療中 治療を受けていない	ない	
8.【予防接種を受けられるかたがお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳児健診などでの異常がありましたか			ある(具体的に)	ない	
9.【ご婦人の方】現在、妊娠している可能性がありますか			はい	いいえ	
10.インフルエンザの予防接種をうけたことがありますか			ある	ない	
【"ある"の場合】その際に具合がわるくなったことはありますか			はい	いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか			ある(予防接種名)	ない	
11.4週間以内に予防接種を受けましたか			ある(具体的に)	ない	
12.葉や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか			ある(具体的に)	ない	
13.近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか			ある(予防接種名)	ない	
14.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			いる	いない	
15.1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、および新型コロナウイルスなどにかかった方がいますか			いる	いない	
16.その他健康状態のことで医師につたえておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など)					
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)本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。			医師の署名又は記名押印		
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で接種を希望しますか。( はい ・ いいえ )					
本人・もしくは保護者の署名			(代筆者の場合：続柄 )		
使用ワクチン ロット			<input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 2回		かなざわ小児科クリニック 医師 金澤 崇 接種日 年 月 日