

おたふくかぜワクチン予診票

記入日： 年 月 日

氏名： 生年月日： 年齢： 性別：男・女

下の質問事項の当てはまる所に、記入または○でかこんでください。

今日の体温は何度でしたか。	時 頃 度 分
今日体に具合の悪いところがありますか。 (症状)	いいえ・はい
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 (病名)	いいえ・はい
最近2ヶ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)	いいえ・はい
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種名 月 日接種)	いいえ・はい
今までに心臓、腎臓、肝臓などの病気をしたことがありますか。 (病名)	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。	いいえ・はい
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか。 ()	いいえ・はい
これまでに予防接種を受けて変わったことがありましたか。 (予防接種名) (いつ頃)	いいえ・はい
6ヶ月以内にガンマグロブリンの接種を受けましたか。	いいえ・はい
現在、妊娠していますか。	いいえ・はい
その他 ()	

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 (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します
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
しました

医師署名又は記名捺印 _____

本人記入(もしくは保護者)

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに
(同意します・同意しません) どちらかを○で囲んでください。

署名 _____

(代表者の場合：続柄 _____)

(なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が
署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	接種場所・医師名・接種日時
名称： メーカー名： 製造番号：	皮下接 ml 接種部 左・右 上腕・大腿	医療機関名：キャッスルキッズクリニック 医師名：武内 俊 接種日時： 年 月 日 時 分