

予防接種予診票【 おたふく風邪予防接種 】

受ける人の氏名		男 女	昭和・平成・令和 (満 歳 ヶ月)	年 月 日生
住 所				
保護者の氏名		電話	()	

質問事項	解答欄		医師 チェック欄
1. 今朝、体温を計りましたか？「はい」の方は何度でしたか？ 今の体温は、何度ですか？	はい (度 分) (度 分)	いいえ	
2. 「受ける人」がお子さんの場合、分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか？	ある (具体的に)	ない	
3. 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	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	はい (病名は?)	いいえ	
5. 最近1カ月の間に、病気にかかりましたか？	はい (病名は?)	いいえ	
6. 最近1カ月の間に、家族や周囲に、麻疹・風疹・水痘・おたふく風邪などにかかった方がいますか？	いる (病名は?)	いない	
7. 最近一ヶ月の間に、予防接種を受けましたか？	はい (予防接種名は?)	いいえ	
8. 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？	はい (具体的に)	いいえ	
9. 6ヶ月以内に、輸血又はガンマグロブリンの接種を受けましたか？	はい (具体的に)	いいえ	
10. これまでに特別な病気 (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) にかかり医師の診察を受けていますか？	はい (具体的に)	いいえ	
11. 上の10. の質問に「はい」の方、その病気を診ている医師に「今日の予防接種を受けてよい」と言われましたか？	はい	いいえ	
12. ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか？	ある (いつ頃、何回?)	いいえ	
13. 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) 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？	ある (薬、食品名は?)	いいえ	
14. 女性の方は、現在、妊娠していらっしゃいますか？	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的にご記入下さい。			

【医師の記入欄】
 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 医師のサイン _____

【受ける人の記入欄】
 予診の結果を聞いて、今日の予防接種を (受ける ・ 見合わせる) 本人または保護者のサイン _____

使用ワクチン名	接種量	医療機関名・医師名
		三多摩医療生活協同組合 くにたち南口診療所
Lot No.		医師名
	(mℓ)	接種日時 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の目的などで注射されることがあります。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。