

## おたふくかぜ予防接種の予診票

住 所		電 話	-( )-
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生(満 歳 か月)
保護者の氏名	受ける人の診察前体温		度 分(測定時間: 分)

質問事項	回答欄(○印)	医師記入欄
今日の予防接種について書かれた説明書を読みましたか。	いいえ・はい	
お子さんの場合、発育歴について書いてください。 出生体重( )g、 分娩時または出生時の異常	あった・なかった	
乳幼児健診での異常はありませんでしたか。( 歳 か月時)	あった・なかった	
出生時から今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、腎臓、脳・神経、免疫不全、その他)にかかり、医師に診察を受けていますか。 (病名: )。また、その病気を診てもらっている医師に	はい・いいえ	
今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ・はい	
今日、からだに具合の悪いところがありますか。 あれば、具合の悪いところ、症状を書いてください。( )	ある・ない	
女性の場合、現在、妊娠していませんか。	している・していない	
最近1か月以内に、病気にかかりましたか。 (病名: )	はい・いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。( 歳頃)	ある・ない	
その時に熱がでましたか。	はい・いいえ	
1か月以内に家族や遊び友だちで麻疹、風しん、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか。(病名: )	はい・いいえ	
薬や食物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。(何で: )	ある・ない	
1か月以内に何か予防接種を受けましたか。 (予防接種名: )	はい・いいえ	
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。 (予防接種名: )	ある・ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	いる・いない	
お子さん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	
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	はい・いいえ	
ほかに、今日の予防接種について質問はありますか。	ある・ない	
<b>医師の記入欄</b> 診察所見：視診・咽頭所見・心音・呼吸音・その他身体所見(異常なし・異常あり) 以上の問診および診察の結果、今回の予防接種の可否。(可能・見合わせる) <div style="text-align: right;">医師のサイン [ _____ ]</div>		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。(はい・見合わせる) <div style="text-align: right;">記入者のサイン [ _____ ]</div>
--

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：おたふくかぜワクチン メーカー名：武田薬品 製造番号：	皮下接種 通常0.5mL	病医院名： 医師名： 接種日時： 年 月 日( ) 時 分