水痘ワクチン予防接種　予診票

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
フリガナ 予防接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日生 （　歳　カ月）
（保護者の氏名）				

	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説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
	2.【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、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）	いいえ	
	5. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
	6. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
	7. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
	8. 今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	ある（具体的に）	ない	
	9. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、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いわれましたか	はい	いいえ	
	10. 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（ごろ　回くらい　最後は　年　月ごろ）	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（　℃）	いいえ	
	11. 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	ある（薬、食品名）	ない	
	12. 近親者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（予防接種名）	いない	
	13. 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	
※	14. 最近6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
	15.【ご婦人の方に】1）現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
	2）接種後2カ月間の避妊について説明を受けましたか	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ください（投薬状況など）			

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　）

保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した　　医師の署名

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか （　受けます　・　見合わせます　）	署名（本人もしくは保護者）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
水痘ワクチン「ビケン」 Lot No.	（皮下接種） mL	実施場所 医師名 接種日時　平成　年　月　日　時　分

※（注）ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで投与されることがあります。
この注射を3～6カ月以内に受けた方は、生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

5SIT304B　2007年10月作成