

# おたふくかぜ任意予防接種予診票

		診察前の体温	度 分
住 所		電 話 番 号	- -
受ける人の氏名	男	生 年	昭和・平成 年 月 日生
保護者の氏名	女	月 日	(満 歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
①今日受ける予防接種について当クリニックの説明書をよみましたか	は い	い い え	
②あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ っ た あ っ た あ る	な かつ た な かつ た な い	
③今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください( )	は い	い い え	
④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	
⑤1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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( )	は い	い い え	
⑥1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	は い	い い え	
⑦生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に診察を受けていますか 病名( ) 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よいといわれましたか	は い	い い え	
⑧ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃 そのときに熱がでましたか	は い は い	い い え い い え	
⑨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	は い	い い え	
⑩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	
⑪これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前( )	あ る	い い え	
⑫家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	は い	い い え	
⑬6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	は い	い い え	
⑭今日の予防接種について質問がありますか	は い	い い え	

医師の記入欄  
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 ) 医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の任意予防接種を受けますか ( はい ・ 見合わせます ) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
ワクチン名: おたふくかぜワクチン メーカー名: 北里第一三共 Lot No:	(皮下接種)  0.5mL	実施場所 岡山市東区西大寺松崎162-12 医療法人 けしごま会 <b>けしご山 こどもクリニック</b> 医師名 笠 則 義 接種年月日 平成 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目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か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。