水痘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・女	生年月日	昭和 平成	年　月　日生
保護者の氏名				（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読みましたか	は　い	いいえ	
②あなたのお子さんの発育暦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 乳児検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	なかった なかった 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（　　）	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、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（　　）	は　い	いいえ	
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			
⑧ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか　（　　）歳頃	は　い	いいえ	
そのときに熱がでましたか	は　い	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症と診断されている方はいますか	は　い	いいえ	
⑪これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の名前（　　）	あ　る	な　い	
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

予診の結果をき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　乾燥弱毒性水痘ワクチン「ビケン」	（皮下接種）	実施場所　医療法人　けしごま会 けしご山 こどもクリニック 岡山市東区西大寺松崎162－12
メーカー名　阪大微研	0．5 ml	医師名　笠　則義
Lot No.		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ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。