

おたふくかぜワクチン予防接種 予診票

任意接種用

* 接種希望の方へ：太ワク内をご記入するか、○で囲んでください。

| | | | | | |
|-------------------|--|-------------|----------|-----|--------------------|
| | | 診察前の体温 | | 度 分 | |
| 住 所 | | TEL () - | | | |
| (フリガナ) 受ける人の氏名 | | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 西暦 | 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 |
|--|------------------------------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか | いいえ | はい | |
| 【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 | |
| 今日、ふだん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 | |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど) | はい(病名) | いいえ | |
| 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか | はい(病名) | いいえ | |
| 最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、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 | |
| 最近1ヵ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 | |
| 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 | |
| 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、 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 | |
| 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか | ある(ころ 回くらい) 最後は(年 月 ころ) | ない | |
| 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮ふに発疹やじんましんがでたり、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 | |
| 家族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 | |
| 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | はい(いつ) 理由() | いいえ | |
| 【ご婦人の方に】 1) 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか | はい | いいえ | |
| 2) 接種後約2ヵ月間の避妊について説明をうけましたか | いいえ | はい | |
| 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 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人及び保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。 | 医師の署名 |
|--|-------|

| | |
|--|-------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません) | 本人の署名(もしくは保護者の氏名) |
|--|-------------------|

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---------|--------------------|---|
| | 皮下接種 0.5 mL | 実施場所：新潟県南魚沼市余川 3362-1 六日町こどもクリニック 医師名：白井 崇準 接種日時： 年 月 日 |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診にのみ使用致します。