

予診票は予約した医療機関で配布されます。

記入にあたっては下記に注意してください。

住民票に登録してある住所を記入してください。

予 防 接 種 予 診 票

住 所		〒 市 町 丁目 番 地		(アールマーク)	
受ける児の氏名		性 男・女		保護者氏名	
生 年 月 日		年 月 日(満 歳 か月)		電話番号	
接種回数		1回目・2回目・3回目			
過去接種日(1回目:) (2回目:)					
診察前の体調は何度でしたか。					
質問事項(下の表のあてはまるところに記入し、○で囲んでください。)					
1 今日受ける予防接種について市から配られている説明書(予防接種と子どもの健康)を読みましたか。		はい		いいえ	
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()		あった	
				なかった	
				あった	
				なかった	
				はい	
				いいえ	
ふくかぜなどの病気の方法		はい		いいえ	
		はい		いいえ	
接種日()		はい		いいえ	
免疫不全症その他の病気は		はい		いいえ	
		はい		いいえ	
その病気を患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(けいけん)をおこしたことがありますか。		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、体の具合悪くなりましたか。		はい		いいえ	
10 アナフィラキシー(アレルギー)がありますか。		はい		いいえ	
11 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。		はい		いいえ	
12 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。		はい		いいえ	
13 近親者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	
14 6か月以内に輸血がありますか。		はい		いいえ	
15 母子感染予防として、昨日の接種について医師に相談しましたか。		はい		いいえ	
16 今日接種する予防接種について医師に説明を受け、予防接種を受けることに同意しましたか。		はい		いいえ	
接種することにより、アレルギー反応があらわれる場合があります。		はい		いいえ	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が医療機関に提出されることに同意します。		はい		いいえ	
保護者自署: _____					

父または母の名前を記入してください。
委任状を持参して接種を受ける場合は委任状の委任者(保護者)の氏名と同じにしてください。

今回接種する予防接種の過去の接種日を母子健康手帳等で確認して記入してください。
(和暦または西暦から記入してください)

説明書(予防接種と子どもの健康)を読んでください。

接種に同伴された方のお名前を記入してください。
保護者以外の場合は委任状が必要です。

(注) ラテックス過敏症とは、天然ゴム製の製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手術室使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、果、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご注意ください。

(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、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。