

本日受ける予防接種、又はこの予診票に関してご不明な点がございましたら、医師にお聞き下さい。

氏名	生年月日	年	月	日
受ける予防接種： <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> MR（麻疹・風疹） <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ポリオ（不活化） <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 腸チフス <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> その他：		はい	いいえ	不明
1. 今日体に具合の悪いところがありますか				
2. 薬や食品で発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか				
3. 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				
4. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、肺、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 病名（ ）				
5. ひきつけ・けいれんをおこしたことがありますか （ ）歳頃 そのとき熱が出ましたか				
6. 最近3か月以内にステロイド剤を服用しましたか				
7. 最近3か月以内に抗がん剤、放射線治療を受けましたか				
8. 一年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				
9. 1か月以内に他の予防接種を受けましたか				
10. 今日の予防接種について質問がありますか				

ご注意： 上記ワクチンには日本では承認されていない輸入ワクチンも含まれております。未承認ワクチンの接種により健康被害が生じた場合、国の「予防接種健康被害救済制度」、また「医薬品副作用被害救済制度」等の適用となりませんのでこの点をご了承の上接種を受けて下さい。

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

保護者自署： \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師記入欄

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） 医師署名：