

水痘予防接種予診票

(1回目・2回目)

※予診票は、お子さんを診て接種するお医者さんへの大切な情報源ですので責任をもって記入しましょう。
 ※母子(親子)健康手帳なしでは予防接種を受けることができません。

※表の太枠の中のあてはまるところに記入するか又は○でかこんで下さい。

住所	西原町	診察前の体温	度	分
接種を受ける人の氏名		男・女	生年月日	生(満)
保護者氏名		行政区	TEL	

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) 保護者のサイン
 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、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

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市町村から配られている説明書を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2	お子さんの発育歴についてお答えください。 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。 乳児健診など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。具合的な症状()	はい	いいえ	
4	1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。病名()	はい	いいえ	
5	1ヵ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの感染症にかかった方がいましたか。病名()	はい	いいえ	
6	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名/接種日()	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・血液・発達障害などの病気、免疫不全症)や、その他の病気(慢性疾患も含む)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。病名() 現在、投薬や治療を受けている方は、具体的な内容を記入してください。() その病気を診てもらっている医師には、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	いいえ	
9	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	
10	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。 予防接種名() 症状()	はい	いいえ	
11	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
12	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。 薬・薬品・製品名など()	はい	いいえ	
13	6ヵ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	
15	水痘ワクチンの接種歴を記入して下さい。	1回目	年 月 日	
		2回目	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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。
 医師の署名又は記名押印

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日 (予診のみの場合もご記入下さい。)
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	ml	医師名
		接種(予診)年月日 年 月 日