予 防 接 種 予 診 票（自 費）

受けられる予防接種名 （ **B型肝炎　1・2・3 回目** ）
※太ワク内をご記入下さい

来院前の体温
度　　分

住　　所				
受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生
保護者の氏名				（満　歳　ヵ月）

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市から配られている説明書を読みましたか	はい ・ いいえ	
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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか（　　）	はい ・ いいえ	
1ヵ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	
1ヶ月以内に予防接種を 受けましたか　接種名（　　）	はい ・ いいえ	
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・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（　　）	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言われてますか	はい ・ いいえ	
けいれんをおこしたことがありますか　（　　）歳頃	はい ・ いいえ	
そのとき熱がでましたか	はい ・ いいえ	
薬や食品で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	
これ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 接種名（　　）	はい ・ いいえ	
家族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	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか	はい ・ いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか （　　）	はい ・ いいえ	

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

予診の結果を聞いて今日の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・接種年月日
ワクチン名 LotNo’	0.25ml 0.5ml	いしがき医院　医師　　年　月　日