

湘南鎌倉バースクリニック小児科 ワクチン接種予診票

接種ワクチン	↓希望するワクチン名を○で囲み、何回目なのかを()内に記入して下さい。			診察前の体温 ℃
	口夕()、B型肝炎()、不活化ポリオ()、おたふくかぜ()、A型肝炎()、 髄膜炎菌()、() ()、() ()、() ()			
住所			電話番号	- -
ふりがな		男	生年(昭和・平成)	年 月 日
本人の氏名		女	月日	(満 歳 か月)
保護者の氏名				

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか 症状:	はい いいえ	
最近1か月以内に病気にかかったり、薬を飲んだりしましたか 病名・薬名:	はい いいえ	
最近1か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	
生まれた頃のことについておたずねします 出生体重()g		
分娩時に異常がありましたか	はい いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい いいえ	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい いいえ	
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)にかかり医師に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から、本日上記のワクチン接種を受けてよいといわれましたか	はい いいえ	
家族・親戚の中に先天性免疫不全症と診断されている方がいますか	はい 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 最終発作()歳頃	はい いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい いいえ	
今までに薬(飲む・塗る・坐薬・注射など)や食べ物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りしたことがありますか 薬名・食べ物名と症状:	はい いいえ	
最近4週間以内にワクチン接種を受けましたか ワクチン名と接種日:	はい いいえ	
今までにワクチン接種を受けて具合が悪くなったことがありますか ワクチン名と症状:	はい いいえ	
家族・親戚の中にワクチン接種を受けて具合が悪くなった方がいますか ワクチン名と症状:	はい いいえ	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン注射を受けましたか	はい いいえ	
(12歳以上の女性の場合) 現在、生理が遅れていますか、または妊娠の可能性がありますか	はい いいえ	
本日受ける上記のワクチン接種について、当科の説明文書を読んで理解しましたか	はい いいえ	
本日受ける上記のワクチン接種について、質問がありますか	はい いいえ	

医師記入欄

診察異常 (なし・あり)(皮膚、口腔咽頭粘膜、心・肺・腹部、その他:)

以上の問診及び診察の結果、本日の上記のワクチン接種は (実施可・見合わせ)

医師のサイン:

予診の結果実施可であれば、本日の上記のワクチン接種を希望します

本人/保護者のサイン:

接種するワクチン	商品名/メーカー	Lot.No./有効期限	接種部位	接種経路	接種量	接種場所・医師・日付・副反応
口夕			経口	経口	1.5 mL	接種場所: 湘南鎌倉バース クリニック小児科 接種医師: 床枝康伸 接種日:
B型肝炎			(右・左)(上腕・大腿)	皮下	mL	
不活化ポリオ			(右・左)(上腕・大腿)	筋	0.5 mL	
おたふくかぜ			(右・左)(上腕・大腿)	皮下	0.5 mL	
A型肝炎			(右・左)(上腕・大腿)	皮下	0.5 mL	
髄膜炎菌			(右・左)(上腕・大腿)	皮下	mL	副反応 (なし・あり)
			(右・左)(上腕・大腿)	(皮下・筋)	mL	副反応の症状:
			(右・左)(上腕・大腿)	(皮下・筋)	mL	
			(右・左)(上腕・大腿)	(皮下・筋)	mL	
			(右・左)(上腕・大腿)	(皮下・筋)	mL	副反応発現日:

この予診票の目的は、ワクチン接種の安全性の確保です。記載いただいた個人情報は、ワクチン接種の実施以外の用途には使用しません。