

おたふくかぜワクチン接種申込書・予診票

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温		度	分
住 所	〒		電話
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男・女	生年 月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳 カ月)
(保護者の氏名)			
質 問 事 項			回 答 欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか			はい いいえ
保護者の方に、お子様の発育歴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言われたことがありますか			はい いいえ
今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()			はい いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか (病名)			
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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 (予防接種名)			はい いいえ
今までに特別な病気 (先天性心疾患、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他) にかかり医師の診察を受けていますか (病名)			はい いいえ
その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか			はい いいえ
けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか () 歳頃 その時熱は出ましたか			はい いいえ はい いいえ
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 (薬名・食品名)			はい いいえ
接種を受ける方の兄弟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
これまでに予防接種をうけて、具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()			はい いいえ
家族に予防接種をうけて、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投与を受けましたか			はい いいえ
女性の方へ 現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れている等) はありますか (注) 接種後2ヵ月間は妊娠をさけることが必要です			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
医師記入欄			
以上の問診および診察の結果、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 本人(本人が未成年者の場合は保護者) に対して予防接種の効果・副反応 及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました 医師の署名			
本人記入欄 (未成年者の場合は保護者)			
医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解したうえで 接種することに (同意します・同意しません) どちらかを○で囲んでください 署名 (本人もしくは保護者)			

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：乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン メーカー名：北里第一三共ワクチン 最終有効年月日	皮下接種 0.5ml 接種部位 左・右 上腕伸側部	医療機関名： じきはらこどもクリニック 医 師 名： 接種年月日：平成 年 月 日 時

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種に関する予診にのみ使用します。