

受けるワクチンすべてに○をつけて下さい。

[ ロタウイルス ・ B型肝炎 ・ おたふくかぜ ・ 水痘 ・ ]

太枠内をすべてお書きください(○で囲む、または具体的に記入)

診察前の体温 . °C

ふりがな		生年月日	平成	年	月	日生
氏名		男・女	(満	歳	か月)	、ロタの場合→(生後
						週
						日)

	質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか	はい	いいえ	
2	出生時や乳幼児健診で異常を指摘されたことがありますか ( )	はい	いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ( )	はい	いいえ	
4	1か月以内にカゼなど病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか 接種日 ( / ) 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
7	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい	いいえ	
8	生れてから今までに先天性異常、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 ( ) (はいの方→)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いわれましたか	はい	いいえ	
9	けいれんをおこしたことがありますか これまで ( )回、最後のけいれんは ( )歳時 (はいの方→)そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
10	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・食品名 ( )	はい	いいえ	
11	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 ( )	はい	いいえ	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
13	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	
14	(12歳以上の女性の場合)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ	
15	今日の予防接種について質問がありますか (あれば以下に記載) ( )	はい	いいえ	

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は実施できると判断します	医師署名又は記名押印
-------	-------------------------------	------------

保護者記入欄	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うえで接種を希望します	本人または保護者署名
--------	--	------------

ワクチン名	回数	Lot.No	接種部位	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ロタ(1価)	① ・ ②		経口	1.5 ml	こやなぎ小児科 医師/小柳富彦
B型肝炎	① ・ ② ・ ③		肩 肘 大腿 / 左 右	0.25 ml	
おたふくかぜ	① ・ ②		肩 肘 大腿 / 左 右	0.5 ml	
水痘	① ・ ②		肩 肘 大腿 / 左 右	0.5 ml	
			肩 肘 大腿 / 左 右		