

水痘ワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

診察前の体温 _____ 度 分

住 所	TEL () -		
フリガナ		男	生年
接種を受ける人の氏名		女	月日
(保護者の氏名)			

明治・大正・昭和・平成
年 月 日生
(歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について裏面の説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(気管支ぜんそくなど)	はい(病名)	いいえ	
5. 最近1ヵ月の間に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
7. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
8. 今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	はい(具体的に)	いいえ	
9. 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)にかかり医師に診断を受けていますか	はい(具体的に)	いいえ	
10. 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	ある (ころ 回くらい) (最後は 年 月ころ)	ない	
11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬、食品名)	ない	
12. 家族の中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	
13. 【ご婦人の方に】現在妊娠しておられますか	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬状況など)			

医師の記入欄
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)

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・接種日時
水痘ワクチン「ピケン」 Lot No.	(皮下接種) mL	実施場所 医療法人健栄会保科クリニック 医師名 接種日時 平成 年 月 日 時 分