

# [ 風 疹 ワ ク チ ン ] 予 防 接 種 予 診 票

診察前体温	度	分
-------	---	---

所属(部署)			
氏名	男 女	生年月日	年 月 日( 才)

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、説明書を読みましたか	はい    いいえ	
今日身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 病名( )	はい    いいえ	
1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの病気の方がいましたか    病名( )	はい    いいえ	
1ヵ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	
生まれてから今までに特別な病気(先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか	はい    いいえ	
その病気を診てもらって医師に予防接種を受けてよいといわれましたか	はい    いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか    ( )才頃 その時熱がでましたか	はい    いいえ はい    いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことが、ありますか    それは何ですか( )	はい    いいえ	
免疫不全と診断され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はありますか 予防接種の名前( )	ある    ない	
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受けましたか	はい    いいえ	
女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？	はい    いいえ	

<b>医師記入欄</b> 以上の問診の結果、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、今日の予防接種を受けますか( はい ・ 見合わせます )    本人のサイン
--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 Lot番号	ml	実施場所    佐 渡 総 合 病 院 医師名 接種年月日