

【 DTP三種混合 】 予防接種 予診票

* 以下の太枠内をご記入ください

		診察前の体温		度	分
住所	〒				
フリガナ			電話番号		
氏名					
生年月日	年	月	日生 (満	歳)	男 ・ 女
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説明文を読んで理解しましたか			いいえ	はい	
2. 今日、普段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	
3. 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)	ない	
4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか			はい(病名)	ない	
5. 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	
6. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けたことがありますか			はい(具体的に)	いいえ	
7. 今までにひきつけ(けいれん)を起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	
8. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、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	
9. 近親者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	
10. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか			はい(いつ、理由)	いいえ	
11. 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 ご記入ください(投薬状況など)					

医師の記入欄	以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可 能 ・ 見 合 わ せ る)				
	医師の署名				
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療器総合機構法に基づく救済について、説明した					

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上で、接種を希望しますか					
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)					
本人の署名					

ワクチン名・ロット番号	接種年月日	年 月 日
シール添付位置	接種医師	遠田 耕平