

前回接種日 平成 年 月 日 (2回目の場合は記入してください)

		診察前の体温		度 分	
住 所	古河市	電 話		—	
(フリガナ) 受ける人の氏名		男	生 年 月 日	年	月 日生
保護者の氏名		女	月 日	(満 歳 カ月)	

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裏面の説明書を読みましたか	はい	いいえ	
1ヵ月以内に受けた予防接種はありますか ある場合、種類と接種日はいつですか 予防接種の種類 [()] [()] [()]	はい	いいえ	
あなたのお子さん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 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日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ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1ヵ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方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ① その際に具合が悪くなったことはありますか ② インフルエンザ以外の予防接種の際に、具合が悪くなったことがありますか	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
薬や食品(特に鶏肉・鶏卵など)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	はい	いいえ	
心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名 ()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 カ月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか	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

以上の問診及び診察の結果、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。
保護者(又は13歳以上で保護者同伴ではない本人)に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師署名又は記名押印

予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が古河市に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	3歳未満 0.25ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認	3歳以上 0.5ml	接種年月日 年 月 日