

# おたふくかぜ予防接種 予診票

	平常の体温	度 分	診察前の体温	度 分
住 所	TEL ( ) -			
受ける人の氏名	男	生年	年 月 日生	
保護者の氏名	女	月 日	(満 歳 ヶ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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、体に具合が悪いところありますか 具合の悪い症状を書いてください( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
1ヶ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)にかかり医師に診察を受けていますか 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良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 ( )歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
お子さん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	
これ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 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人はいますか	はい	いいえ	
輸血あるいはガンマグロブリンの投与を3ヶ月(大量投与は6ヶ月)以内にうけましたか	はい	いいえ	
現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	
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 医師のサイン ( 可 能・見合わせる )			

予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか ( はい・見合わせます )	保護者のサイン (成人の方は本人)
---	----------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名 乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン Lot No.	(皮下接種)  0.5 mL	実施場所 〒861-1104 熊本県合志市御代志 2037-3 医師名 医療法人 いけざわこどもクリニック 理事長 池澤 滋 接種年月日 平成 年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方はおたふくかぜの予防接種の効果が十分にでないことがあります。