

自費用予防接種予診表

【鈴鹿小児科医院：2011.10 版】 接種日 年 月 日

住所	市 区・町		
密			
氏名	保護者氏名 (未成年の場合)	生年月日 昭和・平成	歳 ヵ月 日 年 月 日
本日、接種を希望するワクチン 1.DPT、DT {ジフテリア、百日咳、破傷風} 1 期(1 回目・2 回目・3 回目・追加)・2 期 2.Hib {ヒブ：インフルエンザ桿菌} 1 回目・2 回目・3 回目・追加(1～5 歳) 3.肺炎球菌 {小児用、PCV7、プレベナー} 1 回目・2 回目・3 回目・追加(1～5 歳) 4.不活化ポリオ {IPV} 1 回目・2 回目・3 回目・4 回目・追加 5.ロタ 1 回目・2 回目・3 回目 6. MR {M:麻しん+R:風疹} 1 期・2 期・3 期・4 期、追加 7.おたふくかぜ {ムンプス・耳下腺炎} 1 回目・追加		8.水痘 {水ぼうそう} 1 回目・追加 9.日本脳炎 1 期 (1 回目・2 回目・追加)・2 期 10.インフルエンザ 1 回目・2 回目 11.A 型肝炎 1 回目・2 回目・追加 12.B 型肝炎 1 回目・2 回目・追加 13.子宮頸癌 1 回目・2 回目・追加 14.破傷風 / ジフテリア (1 回目・2 回目・3 回目・追加)、追加 15.肺炎球菌 {成人用} 16.シナジス (1・2・3・4・5・6 回目) 17.ガンマグロブリン 19.ツベルクリン 20.BCG 21.	
今日の体温は、何℃でしたか。		℃	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的に症状を書いてください。()		ある	ない
1 か月以内に予防接種を受けたことがありますか。 ワクチン ()		ある	ない
1 か月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹りましたか。 または 2 週間以内に、それらの患者さんと接触したことはありませんか。		ある	ない
現在、病気で医師にかかっていますか。 病名 ()		ある	ない
今までに、けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか。() 歳		ある	ない
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体調が悪くなったことがありますか。		ある	ない
心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病に罹りましたか。病名 ()		ある	ない
今までに、予防接種で副反応が出たことがありますか。ワクチン ()		ある	ない
また、家族に予防接種で具合が悪くなった人はいますか。		ある	ない
6 か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。		ある	ない
家族に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。		ある	ない
今日の予防接種について質問がありますか。		ある	ない
医師 記入欄	問診・診察をして接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。 本日の接種は、【可・否】：ワクチン名 []		医師サイン
本人、 保護者 記入欄	医師の診察・説明を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度について理解しました。 今日の予防接種を希望しますか。【希望します・見合わせます】		サイン