

# 水痘ワクチン接種予診票

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	S ・ H ・ R	年	月	日生
接種者氏名					満	歳	力月
住 所	(〒 — )	電 話	( )		診察前の体温		
					度	分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
2. 保護者の方に、お子様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	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
3. 今日、体の具合の悪いところはありますか あれば、その症状をお書きください ( )	はい	いいえ	
4. 最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ( )	はい	いいえ	
5. 1か月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
6. 1か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	
7. 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか 病名 ( ) 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もいいといわれましたか	はい はい	いいえ いいえ	
8. ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか ( ) 歳頃 その時に熱はでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
9. 薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10. 接種を受ける方の兄弟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	
11. 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 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
12. 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	
13. ご婦人の方におたずねします 現在妊娠をしていますか	はい	いいえ	
14. 今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	今日の予防接種は	可能 ・ 見合わせる	医師名 _____
-------	----------	------------	-----------

本人(保護者) 記入欄	今日の予防接種は	可能 ・ 見合わせる	氏 名 _____
----------------	----------	------------	-----------

接種場所	医師名	接種日
みつばクリニック 都築 基弘		接種日      年      月      日