

予 防 接 種 予 診 票

No.

予防接種を、
受ける人：

男・女 昭和
平成 年 月 日生 (満 年 月)

保護者氏名：

住所

☎

●本日、受ける予防接種に○印をつけて下さい。 B肝、不活化ポリオ、Hib、肺炎球菌
四種混合、三種混合、二種混合、日脳、インフルエンザ、おたふく風邪、水痘、MR

●下記の表のあてはまるところに「○」あるいは書き込みをして下さい。

	体温をはかって下さい。	来院時の体温は	度	分
1	今、病気にかかっていますか。			はい、いいえ
2	お薬をのんでいますか。			はい、いいえ
3	4週間以内に水痘、おたふく風邪、MR、ロタウイルス、 などの予防接種を受けましたか。			はい、いいえ
4	1週間以内に三種混合(百、ジ、破)・二種混合(ジ、破) 四種混合(百、ジ、破、ポ)・不活化ポリオ・ヒブワクチン 小児用肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けましたか。			はい、いいえ
5	1ヶ月以内に本人又は同居している人が、はしか、水ぼうそう、 おたふく風邪にかかりましたか。			はい、いいえ
6	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。			はい、いいえ
7	アレルギー体質と言われたことがありますか。			はい、いいえ
8	今までに薬による異常な反応をおこしたことがありますか。			はい、いいえ
9	けいれん(ひきつけ)を起したことがありますか。			はい、いいえ
10	次の病気にかかったことがありますか。あれば「○」をつけ又は記入して下さい。 ・心臓病・腎臓病・肝臓病・結核・川崎病・てんかん・免疫病 その他大きな病気 ()			

所 見	
判 定	可 不可
使用ワクチン	<i>ml</i>

平成 年 月 日

幸治小児科医院
医師 幸 治 淳
TEL 0545 71 3643