

# 予 防 接 種 予 診 票 No.

フリガナ 昭和  
 予防接種を： 男・女 平成 年 月 日生 ( 才 ヶ月 )  
 受ける人 令和

保護者氏名： 住 所

TEL

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

●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。

体温をはかして下さい。 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、BCG、などの 予防接種をうけましたか。	はい、いいえ
4	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
5	これまでに予防接種をうけて具合が悪くなったことはありますか。	はい、いいえ
6	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
7	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
8	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 ( <span style="margin-left: 20px;">      </span> )	

所 見	
判 定	可 <span style="margin-left: 100px;">不可</span>
使用ワクチン	mL

年 月 日

幸治小児科医院  
 医師 幸治 淳  
 TEL 0545 71 3643