

予 防 接 種 予 診 票 No.

フリガナ
 予防接種を
 受ける人

男・女

昭和
 平成
 令和

年 月 日生 (才 ヶ月)

住 所

保護者名

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 ロタ 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 ()

●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、BCG、などの 予防接種を受けましたか。	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受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 ()	

所 見	
判 定	可 不可

・ Hib	0.5mL	・ MR	0.5mL
・ 肺炎球菌	0.5mL	・ 水痘	0.5mL
・ B肝	0.25mL	・ おたふく	0.5mL
・ ロタ	2mL	・ 二種混合	0.1mL
・ 四種混合	0.5mL	・ インフルエンザ*	0.25・0.5mL
・ 日本脳炎	0.5mL		mL

年 月 日

幸治小児科医院
 医師 幸治 淳
 TEL 0545 71 3643