

おたふくかぜワクチン接種予診票

住 所	(TEL _____ - _____)		
被接種者氏名		診察前体温	度 分
生 年 月 日	年 月 日生	(満 歳 月)	男 ・ 女
質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄	
今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	は い	い い え	
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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あ っ た あ っ た あ る	な か っ た な か っ た な い	
今日 体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()	は い	い い え	
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	
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	
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	
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、その他病気)にかかり医師の診察を受け ていますか 病名 ()	は い	い い え	
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	い い え	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか () 歳頃 その時熱はでましたか	は い は い	い い え い い え	
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	
接種を受ける方のご家族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	
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	
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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	は い	い い え	
妊娠可能な方に、現在、妊娠していますか	は い	い い え	
今日の予防接種について質問がありますか	は い	い い え	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)

医師のサイン _____

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる)

保護者のサイン(お子様の場合)
本人のサイン(大人の場合) _____

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：おたふくかぜワクチン	皮下接種 0.5mL	医療機関名：
メーカー名：北里研究所		医師名：
製造番号：KO-		接種日時： 年 月 日 () 時 分