

(_____) ワクチン予診票 【任意接種用】

* 接種ご希望の方へ：太枠内ご記入下さい。

* お子様の場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい。

		診察前体温		度	分
住 所					
接種者氏名	TEL		-	-	
	男	生年月日	年 月 日 (満 才 カ月)		
保護者氏名 (18歳未満の方)	女				

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日、具合の悪いところがありますか あれば、その症状をご記入下さい (_____)	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	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったこ とがありますか	はい	いいえ	
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	
(女性の方に) 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、医師に質問や、伝えておきたいことがありましたら、ご記入下さい。 (_____)			
医師の診察の結果、問題なければ今日の予防接種を希望しますか (希望する ・ 希望しない) 保護者のサイン (お子様の場合) _____ 本人のサイン (大人の場合) _____			

医師記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)			
医師 署名： _____			
使用ワクチン	用法・用量	接 種 場 所 ・ 医 師 名	接 種 年 月 日
メーカー名	ml	医療機関：井上小児科医院	年 月 日
製造番号：		住 所：横浜市青葉区市ケ尾町 1167-1	
		医 師：井上 浩一	