

住所		TEL
接種者氏名	フリガナ	診察前の体温 度 分
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	男・女
質問事項 (当てはまる項目に○で囲んでください)		回答欄
今日、体に具合の悪いところがありますか あれば症状を書いてください ()		はい いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()		はい いいえ
現在何か病気にかかっていますか 病名 ()		はい いいえ
治療 (投薬など) を受けていますか		はい いいえ
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか		はい いいえ
【接種者が小児の場合】お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 出産時、出生後、乳幼児健診等で異常があると言われたことがありましたか		はい いいえ
今までにひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか		はい いいえ
心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、その他病気にかかり、医師に診察を受けていますか 病名 ()		はい いいえ
診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		はい いいえ
免疫不全と診断され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
1ヶ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
薬や食品で発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい いいえ
【女性の場合】現在妊娠している可能性はありますか		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)	医師サイン	
今日の予防接種を受けますか (可能・見合わせる)	本人サイン (もしくは保護者)	
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
		実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日

----- 患者控え -----

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
		実施場所 医師名 接種年月日 年 月 日