

〔 〕 予防接種予診票 (定期・任意)  
( 回目)

〒

住 所

受ける方の氏名 ( 歳 カ月) 診察前の体温 度 分  
保護者氏名 (再 検) 度 分

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、説明書を読みましたか	はい	いいえ	
出生前後・乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか (症状: )	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか (病名: )	はい	いいえ	
1カ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	
4週間以内に予防接種を受けましたか (予防接種の種類: )	はい	いいえ	
今までに特別な病気 (先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症など)にかかり、医師の治療 (投薬など)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よいと言われましたか	はい	いいえ	
けいれんをおこしたことがありますか (最終けいれん 年 月頃)	はい	いいえ	
これまでに予防接種・薬・食物などで具合が悪くなったことはありますか (具体的に: )	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
近親者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	
6カ月以内にステロイド (軟膏を除く)・免疫抑制剤の服用、輸血あるいはガンマグロブリンの注射をしましたか	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 (実施できる・見合わせる方がよい) 医師			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、  
接種することに (同意します・同意しません) ※どちらかを○で囲んで下さい。  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 本人/保護者

接種日 20 年 月 日

指 示 書

標記の予防接種の施行を指示します。

ワクチン名	Lot No.	皮下接種	上腕伸側 ml 左・右 ml 左・右 ml 左・右	埼玉県小児医療センター内 埼玉県予防接種センター 医師 看護師 /
-------	---------	------	------------------------------------	--------------------------------------