

日本脳炎ワクチン接種予診票

(Web_A-C-C)

住所					接種前体温	度	分
フリガナ 被接種者氏名	男・女	生年月日	年	月	日生(満)	歳	か月)
質問事項				回答覧		医師記入欄	
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ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()				はい	いいえ		
1ヶ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 その病気にはもうかかっていますか (はい ・ いいえ) その病気の予防接種は済んでいますか (はい ・ いいえ)				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		
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	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 薬品、食品名() それは 現在も飲んだり食べたりすると症状は出ますか				はい	いいえ	出る	出ない
接種を受ける方の兄弟の中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ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか				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 出生児体重()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 乳児健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 はい	なかった なかった 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 (はい ・ 見合わせる) 保護者のサイン							

使用ワクチン	用法・用量	医師名・接種日時
名称： 日本脳炎ワクチン メーカー名： 製造番号：	皮下接種 0.5 ml	医療機関名：ありまこどもクリニック 医師名：有馬 純 接種日：