小児科　　ワクチン名［　　］

任意予防接種予診票

		診察前の体温	度　　分	
住　　所				
受ける人の氏名		男女	生年月日	
保護者の氏名				（満　歳　ヶ月）

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さん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 乳児健診で異常があると言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	
今日体に具合の悪いところがありますか	ある	ない	
あると回答された方は、その症状をご記入下さい　症状（　　）			
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい　病名（　　）			
1ヶ月以内に家族や友だちで麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい　病名（　　）			
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その予防接種名をご記入下さい　予防接種名（　　）			
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、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい　病名（　　）			
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	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	ある	ない	
あると回答された方は、何歳頃でしたか　（　　）歳頃			
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
あると回答された方は、その症状をご記入下さい　症状（　　）			
お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
あると回答された方は、その予防接種名をご記入下さい　予防接種名（　　）			
家族の中に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いる	いない	
※ 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	
今日の予防接種について質問がありますか	ある	ない	
医師の記入欄 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			

定期ワクチン・任意ワクチン共に自費で接種を行った場合には、定期予防接種救済制度の対象とはなりません。

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか（はい　・　見合わせます）　保護者のサイン
（又は成人の方本人のサイン）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
Lot No.	（皮下接種） ml	実施場所 医師名 接種年月日　　年　　月　　日

※（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。