

		診察前の体温		度		分	
住所							
受ける人の氏名		男	生年	年	月	日生	
保護者の氏名		女	月日	(満	歳	ヵ月)	

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	
あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします 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 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 () 期間 (月 日から 月 日)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、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ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () (月 日)	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、肝臓、脳神経、免疫不全症状、その他の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
医薬品や薬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事がありますか	はい	いいえ	
卵やゼリー、グミ(ゼラチン)を摂取して具合が悪くなりますか	はい	いいえ	
ご家族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 その予防接種の名前 ()	はい	いいえ	
ご家族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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種についてご質問はありますか	はい	いいえ	
【医師の記入欄】 上記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		
【保護者の記入欄】 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(受ける・見合わせる)	保護者のサイン		

使用ワクチン名・Lot. No	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名	皮下注射	実施場所	刈谷市住吉町5-15 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 小児科
Lot. No.	ml	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型肝炎等の感染症の予防目的や川崎病、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、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。