

予防接種予診票

稲城市立病院

受ける人の氏名	男女	平成・令和 年 月 日生 (満 年 カ月)	保護者の氏名
住所	稲城市	電話番号	



※太わく内の質問事項に必要事項を記入のうえ、お答えのどちらかに「○」印をつけてください。

質問事項	診察前の体温	
	度	分
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いわれたことがありますか	あ っ た あ っ た あ る	な かつ た な かつ 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 ()	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ヵ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
今までに家族に結核と診断された人や1ヶ月以上続く咳をしている人はいますか	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、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」といわれましたか	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
そのときに熱がでましたか (度 分)	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	は い	い い え
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	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 ()	あ る	な い
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ヵ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
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	医師のサイン	
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)		
保護者記入欄	保護者のサイン	
以上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)		

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