

『

』 ワクチン接種予診票

【任意接種用】

* 接種ご希望の方へ: 太枠内ご記入下さい。

* お子様の場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい。

診察前体温 度 分

住 所	TEL: — —		
受ける人の名前	男	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 才 ヶ月)
保護者氏名 (18歳未満の方)	女		

質 問 事 項	回 答 欄		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、その症状をご記入下さい()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
1か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	
1か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	
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	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	
現在妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、医師に質問や、伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください			

予診の結果、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 (お子様の場合)

本人のサイン (大人の場合)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名	接種日時
名称: メーカー名: 製造番号:	皮下接種 0.5ml	医療機関名: ふるた内科小児科クリニック 神奈川県横浜市青葉区鉄町57-1 医師名: 院長 古田 薫	