

[] 予防接種予診票（乳幼児・小学生等対象）

住所			診察前の体温	度	分
			連絡先（電話番号）		
(フリガナ) 受ける人の氏名		男・女	保護者の氏名※1		
生年月日	平成・令和・西暦	年	月	日生（満	歳 か月）

※1 接種を受ける者が満16歳以上の者の場合には、当該部分への記入は必要ありません。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	はい	いいえ	
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。	なかった	あった	
出生後に異常がありましたか。	なかった	あった	
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか。	ない	ある	
現在体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
具体的な症状（ ）			
1か月以内に病気にかかりましたか。	いいえ	はい	
病名（ ）			
1か月以内に家族や遊び仲間へ麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の人がいましたか。	いいえ	はい	
病名（ ）			
1か月以内に予防接種を受けましたか。	いいえ	はい	
予防接種の種類（ ）			
これまでに生まれつきの病気、心臓・腎臓・肝臓・血液・脳神経の病気、免疫不全症、胃腸障害、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。	いいえ	はい	
病名（ ）			
治療（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
近親者に生まれつきの免疫不全と診断を受けた人はいますか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
（ ）歳頃又は（ ）か月頃			
そのとき熱が出ましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
薬・食品名（ ）			
6か月以内に輸血又はガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ	はい	
生まれてから今までに家族等身のまわりに結核にかかった人がいましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
予防接種の種類（ ）			
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	いいえ	はい	
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

保護者又は接種を受ける者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、接種することに（同意します・同意しません）。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票を市区町村に提出することに同意します。

保護者又は接種を受ける者の自署※2

(※2 接種を受ける者が16歳未満の者の場合は保護者自署)

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（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。

保護者（接種を受ける者が満16歳以上の者の場合は本人）に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。

医師記名

使用ワクチン名	接種方法・接種量・接種部位	実施場所・医師名・接種年月日			
ワクチン名	皮下接種・筋肉内注射 mL	実施場所		医師名	
Lot No.	【BCGのみ】規定量をBCG用 管針を用いて経皮接種	接種年月日	西暦	年	月 日
(注)有効期限が切れていない か要確認	右上肢・左上肢・右下肢・左 下肢・その他[]				