

記入日 年 月 日

〔 〕 予防接種予診票

本日の体温 . °C

ふりがな：

お名前 (男 ・ 女)

生年月日： 大正 / 昭和 / 平成 年 月 日 (才)

住所：〒

電話番号： — —

1. 現在お具合が悪いところがありますか？ あり・なし

⇒症状、いつ頃から：

2. 最近半年間にかかった病気、治療中の病気は？ あり・なし

⇒病名・経過：

3. 痙攣 (ひきつけ) や失神したことは？ あり・なし

⇒状況、いつ頃？

4. ワクチン、薬、食物で、アレルギー反応、発疹、蕁麻疹など副作用が出たことは？ あり・なし

⇒発症年月日 品名

症状：

5. 最近 10 年間に予防接種を受けたことは？ あり・なし

ワクチン名	接種日	接種後の異常の有無

6. 女性の方、最終月経の始まった月日は？ 年 月 日

⇒妊娠の可能性について： あり・なし

(注) 接種後 2 ヶ月間は妊娠を避ける必要があります。

本日、医師の間診、診察、説明の後、予防接種を受けられますか？

はい・いいえ 受診(代理)者ご署名 _____

ワクチン名 Lot No.	接種量	部位