【　DPT三種混合　　】 予防接種　予診票

＊以下の太枠内をご記入ください

診察前の体温	度	分

住所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏名			
生年月日	年　月　日生（満　歳）	男　・　女	

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか（気管支ぜんそくなど）	はい（病名）	ない	
4. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	ない	
5. 今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	はい（具体的に）	いいえ	
6. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けたことがありますか	はい（具体的に）	いいえ	
7. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（　ごろ　回くらい） 最後は　年　月ごろ	ない	
8. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
9. 近親者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	
10. 最近6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい（いつ、理由）	いいえ	
11. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況など）			

医師の記入欄　　以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は

（　可　能　・　見合わせる　）　　医師の署名

本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療器総合機構法に基づく救済について、説明した

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか

（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）　　本人の署名

ワクチン名・ロット番号	接種年月日	年　月　日
シール添付位置	接種医師	遠田　耕平

秋田赤十字病院　予防接種センター