

ロタ(回目)・B型肝炎(回目)・水痘(回目)・おたふく(回目)・ ()

ふりがな		診察前体温			度	分
接種者氏名		(男・女)				
保護者氏名		TEL	()	—		
住所		生年月日	年 月 日			
			満 才 月	日		
ロタ2回目の方(1回目接種日		年	月	日)	生後	週 日

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み理解しましたか。	はい	いいえ	
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	あった あった ある	なかった なかった ない	
乳児検診で異常があると言われたことがありますか。			
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状()	はい	いいえ	
今日、下痢をしていますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 具体的な症状()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種をうけましたか。予防接種名()	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や近所に風疹、みずぼうそう、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。 (病名	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、血液、発育障害の病気、 血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)やその他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名()	はい	いいえ	
またその病気を診てもらっている医師に今日の予防接種をうけてよいといわれましたか	はい	いいえ	
生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、 病気にかかると通常の回復期間より長引くようなことがありましたか。	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	
その時に熱が出ましたか。	はい	いいえ	
薬や食品、ゴム製品、金属などで皮膚に発疹やじんましんがでたり体の具合が悪くなったことがありますか。 薬、食品、製品名など()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全を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うけて具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
6ヶ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	
問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせたほうが良い)と判断します。	
接種を受ける本人(未成年の場合はその保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。	
医師の署名または記名押印()	

本人(未成年の場合はその保護者)記入欄	
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ました。	
内容を理解し、本ワクチンの接種を希望しますか。(はい ・ いいえ)	
本人(未成年の場合はその保護者)の署名()	

使用ワクチン名	接種量・方法	実施場所・医師名・接種年月日
	経口	医療機関名 箕面レディースクリニック分院小児科
有効期限 年 月 日	皮下注 右 左	
		医師名
有効期限 年 月 日	皮下注 右 左	接種年月日 年 月 日