

おたふくかぜ(ムンプス) 予防接種予診票

枠の中のみ記入してください		平成 年 月 日		診察前の体温 度 分	
1回目		2回目(1回目接種日 年 月 日)			
住所		電話番号			
ふりがな 受ける人の氏名		男・女	生年月日	年 月 日生	
保護者の氏名				(満 歳 か月)	

※次の事項のいずれかに記入(○で囲む等)してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について当院でお渡しした説明書を読みましたか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします 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 () 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか ()	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気がいましたか 病名()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 月 日	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、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
その時に熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなった事がありますか (薬または食品の名前:)	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と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受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	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接種を受けましたか	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	
[医師の記入欄] 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 ・ 見合わせる) 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、説明をしました。 医師の署名			
[保護者の記入欄] 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解したうえで、接種を希望しますか (はい ・ いいえ) 本人(またはその保護者)の署名			

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名
ワクチン名 LOT No.	(皮下接種) 0.5 ml	実施場所 : 東京都府中市南町4-43-1 サザンレイジエンス1F さくらんぼ子どもクリニック 医師名 : 三日市 薫 接種年月日・ 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の治療効果が充分出ないことがあります。