

# 水痘(みずぼうそう)予防接種 予診票

※接種希望の方は、太ワケ内にご記入下さい。

診察前の体温		度	分
住所	TEL( ) -		
受ける人の氏名	男・女	生年月日	昭和・平成・令和
保護者の氏名			年 月 日生 ( 歳 カ月)

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みましたか	はい	いいえ	
2 [接種を受けられる方がお子さんの場合] 分娩時, 出生児, 乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
3 今日, ふだん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	
4 現在, 何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
5 最近1カ月の間に病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6 最近1カ月以内に家族や周囲に麻疹, 風しん, 水痘, おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
7 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
8 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	
9 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)にかかり医師に診断を受けていますか	はい(具体的に)	いいえ	
10 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある(いつ頃, 何回くらい)	ない	
11 薬や食品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	ある(薬, 食品名)	ない	
12 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
13 [ご婦人の方に]現在妊娠しておられますか	はい	いいえ	
14 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下さい(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) 医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせます) 保護者(成人の方は本人もしくは代理人)のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時			
乾燥弱毒生水痘ワクチン 「ピケン」 Lot No.	(皮下接種)  0.5ml	実施場所	埼玉県上尾市藤波3-188		
		医師名	医) 紘生会 かわかみこどもクリニック 川上 哲夫		
		接種日時	令和	年	月 日 時 分

※(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投与されることがあります. この注射を3~6カ月以内に受けた方は, 生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります.