

予防接種予診票(自費)

接種項目				
フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)	
氏 名		性 別	男 ・ 女	体 温
		ID 番号		

質 問 事 項	回 答 欄	
本日、体の具合の悪いところがありますか 症状()	はい	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ
1ヶ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 病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 接種名()	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・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本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
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはあり 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
女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	はい	いいえ
いままでにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ

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 (可能 ・ 見合わせる) 医師のサイン
ご本人(未成年者の場合:保護者)のサイン	

接種年月日	年 月 日	東京都品川区上大崎 2-12-2 ミズホビル3F
ワクチン製造会社		医療法人社団 めぐみ会
ロット No,		めぐみクリニック目黒 2
		TEL 03-5422-8391 FAX 03-5422-8392