

流行性耳下腺炎予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。
お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください

診察前の体温

度 分

住所	TEL ()				
(フリガナ) ()		男・女	生年月日	昭和 平成	
受ける人の氏名					年 月 日生 *****
保護者の氏名					(歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 普段の体温は何度ですか	度 分		
2. 1か月以内に予防接種を受けたことがありますか	ある ()	ない	
3. 今日または、1か月以内に、体に具合の悪いところがありましたか (ある方は具体的に)	ある	ない	
4. 先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全・血液等の病気にかかっていますか。(はいの方は具体的に)	いる	ない	
5. 乳児健診の際に、健康上の注意を受けたことがありますか (はいの方は具体的に)	はい	いいえ	
6. 1か月以内に兄弟姉妹や遊び仲間、何か病気がはりましたか	はい ()	いいえ	
7. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。(はいの方は具体的に) 回数： 最後は 年 月頃	はい	いいえ	
8. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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がありますか。(はいの方は具体的に)	はい	いいえ	
9. 6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
10. 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	
11. 今までに予防接種を受けて本人または家族で具合が悪くなった人がいますか (誰：)	はい	いいえ	
12. 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、具体的に書いてください。			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応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 ・ 希望しません) 本人の署名 (または保護者の署名)	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) 本人に対して予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく数済について、説明した。 医師の署名		
接種年月日：	接種量	実施場所・医師名	
Lot No.：	0.5 ml	〒270-2261 松戸市常盤平5-12-6-201 皆春堂かおり小児科	
有効期限：			

