

予防接種予約票・接種同意書（未成年者用）

予防接種名

診察前体温度分

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

質問事項	いいえ	はい	医師記入欄
① お子様のお受けになる予防接種についての説明文を読み 効果や副反応、救済措置などについて理解しましたか？			
② 現在、何か病気にかかっていますか？ ()			
③ 今日、具合の悪いところはありますか？ ()			
④ 最近1カ月以内に熱がでたり病気にかかったりしましたか？ ()			
⑤ 現在、何か薬を飲んでいますか？ ()			
⑥ その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？			
⑦ 特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳経病の病気、免疫不全症、 血液疾患、その他)にかかったことはありますか？ (病名)			
⑧ 薬や食品(特に卵)などのアレルギーで、皮膚や発疹やじんましんがでたり からだの具合が悪くなったことがありますか？ (薬品・食品名)			
⑨ 4週間以内に、何か他の予防接種を受けましたか？			
⑩ けいれん(ひきつけ)を起こしたことはありますか？			
⑪ 現在、気管支喘息を診断されていますか？			
⑫ 今までに受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか？			
⑬ 接種を受ける人の発育歴についてお尋ねします。 生まれた時の体重が少なかったり、出生時、出生後、乳幼児健診などで 異常があるとされたことはありますか？ (内容)			

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（接種できる・見合わせ）と判断します。 医師署名 または 記名捺印
保護者記入欄
予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、子供に接種することに同意します。 保護者署名 緊急連絡先（TEL）

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
ロット番号 メーカー名	皮下接種 ml	ふれあい鶴見ホスピタル 医師名 : 接種日時 : 年 月 日