ロタウイルス	おたふくかぜ	インフルエンザ	三種混合	(　　)
(1回目・2回目・3回目)	(1回目・2回目)	(1回目・2回目)	(　　回目)	(　　回目)
15,000円・10.000円	7,000円	2,800円	5,000円	円

予診票

C・L・P

住所	〒		診察前の体温	℃
フリガナ		男	生年	年　月　日生
受ける人の氏名		女	月日	(　歳　か月)
保護者の氏名		電話番号		

下記の質問事項を丁寧に読んでお書きください（○で囲む、または具体的に記入してください）

	質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康救済制度について理解しましたか		いいえ	はい	
2	接種を受ける人の発育歴についておたずねします				
	出生体重（　　g）	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
		出生時に異常がありましたか	はい	いいえ	
		乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
3	本日、具合の悪いところがありますか 具体的な症状（　　）		はい	いいえ	
4	最近、1か月以内に病気にかかりましたか		はい	いいえ	
5	1か月以内に家族や友人に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名（　　）		はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか　接種日（　/　）予防接種名（　　）		はい	いいえ	
7	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか		はい	いいえ	
8	生まれてから今まで先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか		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	
9	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	
10	薬や食品で皮ふに発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名（　　）		はい	いいえ	
11	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか		はい	いいえ	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか　予防接種名（　　）		はい	いいえ	
13	近親者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	
14	（12歳以上の女性の場合）現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか		はい	いいえ	
15	本日の予防接種について質問がありますか		はい	いいえ	

医師記入欄	問診及び診察の結果、本日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します	
	医師署名または記名押印	瀧本 朋子

保護者記入欄	・医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等について理解したうえで予防接種を希望します ・予防接種の料金について同意します	
	本人または保護者署名	

ワクチン名	メーカー/ロット	接種部位	接種量	実施場所	たきもとこどもクリニック
ロタウイルス	/		1本		
おたふくかぜ	/	左・右　上腕・大腿	0.5ml	医師名	瀧本 朋子　印
インフルエンザ	/	左・右　上腕・大腿	3歳未満　0.25ml		
			3歳以上　0.5ml		
三種混合		左・右　上腕・大腿	0.5ml	接種日	R　年　月　日
(　　)	/	左・右　上腕・大腿			