

任意予防接種 予診票

hugくむこどもクリニック

接種希望の方は、下記にご記入ください。

住所：_____

氏名（フリガナ）：_____

保護者氏名（フリガナ）：_____

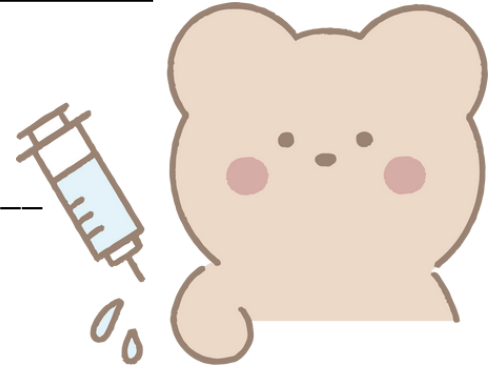
生年月日：_____年____月____日（歳）

電話番号：_____

性別：男・女

接種希望ワクチン名：_____

診察前の体温：_____℃



質問事項

1. 今日受けられる予防接種について説明を受け、内容を理解しましたか。
はい・いいえ
2. 今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。
はい（ ）・いいえ
3. 今日、具合の悪いところがありますか。
はい（ ）・いいえ
4. 現在、何かの病気で医師の治療を受けていますか。
はい（ ）・いいえ
5. 最近1か月以内に熱や病気がありましたか。
はい（ ）・いいえ
6. 最近1か月以内に発疹（はしか・風しん・水ぼうそうなど）にかかりましたか。
はい（ ）・いいえ
7. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。
はい（ ）・いいえ
8. 今までにけいれんを起こしたことはありますか。
はい（ ）・いいえ
9. 特別な病気（心臓・腎臓・肝臓・免疫疾患など）にかかったことはありますか。
はい（ ）・いいえ
10. 薬や食べ物でアレルギーや発疹を起こしたことはありますか。
はい（ ）・いいえ
11. 妊娠中または妊娠している可能性はありますか（女性のみ）。
はい・いいえ
12. その他、健康状態で医師に伝えておきたいことはありますか。
はい（ ）・いいえ

以上の質問および診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）

医師の署名：_____

接種を受けるにあたって、効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

本人または保護者の署名：_____

任意予防接種を受けられる方へ

■ 接種を受ける時の注意

1. 接種の必要性や副反応など不明な点がある場合は、事前に医師に相談しましょう。
2. 接種前日は入浴して清潔にし、当日は十分な睡眠をとりましょう。
3. 当日は朝食をとり、体調が良いことを確認しましょう。
4. 健康状態をよく観察し、発熱や体調不良がある場合は接種を延期しましょう。
5. 母子手帳（お持ちの方）は必ず持参してください。

■ 接種を受けることができない方

1. 明らかに発熱（37.5℃以上）がある方。
2. 重い急性疾患にかかっている方。
3. 過去に予防接種や薬剤でアナフィラキシーを起こしたことがある方。
4. 医師が接種を不适当と判断した方。

■ 医師に相談が必要な方

1. 心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫などの慢性疾患がある方。
2. 過去にけいれんを起こしたことがある方。
3. 過去に発疹やじんましんなどのアレルギー症状を起こしたことがある方。
4. 妊娠中、または妊娠している可能性がある方。
5. 最近1か月以内に他の予防接種を受けた方。

■ 接種を受けた後の注意

1. 接種後30分は院内または近くで様子を観察し、異常があればすぐに医師に連絡してください。
2. 接種当日は激しい運動を避け、安静を心がけましょう。
3. 接種部位は清潔に保ち、こすったり強く押さえたりしないようにしましょう。
4. 発熱、発疹、体調不良などが見られた場合は、速やかに医師の診察を受けてください。

あなたの接種予定日

年 月 日（ ） 時 分頃 おこしてください

医療機関名：hugくむこどもクリニック