

月 日 (曜) 時 分の予約です

予防接種 (自費) 予診票

<small>(フリガナ)</small>	男・女	生年月日	平・令	年	月	日生
受ける方のお名前			年齢	歳 (か月)	
ご住所 〒 -						
保護者 氏名						
電話番号	-	-	体温 度 分			
質問事項			回答欄			医師 記入欄
※今回希望される、予防接種を教えてください。						
1. 希望される予防接種は今回で何回目ですか			回目			
2. 普段と違って具合の悪いところがありますか			は い・いいえ			
3. 現在、何か別の病気で通院中ですか			は い・いいえ			
はいの方 → 予防接種を受けてよいと言われましたか			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. 今まで特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、 肝臓、血液、免疫不全、その他)にかかりましたか			は い・いいえ			
6. 近親者に免疫不全と診断された方はいますか			は い・いいえ			
7. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか 具体的に ()			は い・いいえ			
8. ひきつけた (けいれんした) ことはありますか			は い・いいえ			
9. 今までに予防接種で体調を崩したことがありますか 具体的に ()			は い・いいえ			
10. その他、ご質問や伝達事項などあればご記入ください						

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などに理解と同意の上で、接種を
(希望します・希望しません) **ご本人 (もしくは保護者*) のサイン**

* 13~18歳のお子さんで当日保護者の方が同席できない場合は上欄に保護者サインが必要です

以上の問診・診察の結果、今日の 予防接種は (可能、見合わせる)		医師サイン
ワクチン名	部位・接種量	接種場所・医師名・接種日
	(左、右) (上腕、大腿) (皮下注、筋肉内) ml	東京都世田谷区砧6-32-3 横井こどもクリニック (03-5494-8615) 医師 横井健太郎
	(左、右) (上腕、大腿) (皮下注、筋肉内) ml	
	(左、右) (上腕、大腿) (皮下注、筋肉内) ml	年 月 日

予防接種には母子手帳も必要です、必ずお持ちください。