

# 高校生まで

(保護者同伴あり・同伴なし)

\* 中高生でどうしても保護者が同伴できない方は別紙の同意書が必要になります

本日の予防接種 該当するものに大きく○をしてください

B型肝炎(10歳未満) <¥6,600> / おたふくかぜ <¥5,200> / 水ぼうそう <¥7,000>

B型肝炎(10歳以上) <¥8,700> / 小児肺炎球菌 <¥10,800> / その他 ( ) <¥ >

【2014年9月現在】※料金は変更になることがあります

ふりがな  
受ける人の名前

★診察前の体温 度 分 ★

カルテNO.

(満 才 ヶ月)

住所

生年月日平成 年 月 日 (小・中 年生)

電話番号

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さん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? 出生後に異常がありましたか? 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか?	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか? 具体の悪い症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか? 病名 ( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか? 病名 ( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか? 予防接種名 ( )	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経免疫不全症、そのほかの病気)にかかり医師に診察を受けていますか? 病名 ( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか?	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしましたか? ( )歳頃 その時に熱がでましたか?	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品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	いいえ	
お子さんの中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	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか? 予防接種の名前 ( )	はい	いいえ	
家族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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか?	はい	いいえ	
今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) 医師のサイン			

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせる) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・実施日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種)  ml	実施場所 〒190-0002 東京都立川市幸町1-11-3 医療法人社団 さいわいこどもクリニック 実施日 平成

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。