

18歳以上(高校生を除く)

本日の予防接種 該当するものに大きく○をしてください

麻疹・風疹(MR) <¥9,700> / おたふくかぜ <¥5,300> / 水ぼうそう <¥7,100>

その他 () <¥ >

※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.

生年月日 平成・昭和 年 月 日 (満 才)

住所

電話番号

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、普段と違って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	
現在、何か病気にかかっていますか？ 病名 () 薬を飲んでいる (いる・いない)	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	
最近1ヶ月以内に、熱が出たり、病気にかかりましたか？ 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	
今までに痙攣を起こしたことはありますか？ (回くらい・最後は 年 月ころ)	はい	いいえ	
今までに薬や食べ物で皮膚に発疹や全身のアレルギー症状が でたことがありますか？ 薬または食品の名前 ()	はい	いいえ	
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うけていますか？ 病名 ()	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	
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	
今日の予防接種を受けるにあたり予防接種の効果や副反応について 理解していますか？	はい	いいえ	
その他、医師へ健康状態のことで伝えたいことや、ご質問はありますか？	はい	いいえ	
女性の方へ 現在、妊娠している、または妊娠している可能性(生理が遅れているなど) はありますか？ (注)妊婦又は妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません。	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) 本人のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所
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 令和

(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、麻しんなどの予防接種の効果が多分にでないことがあります。