|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ｂ型肝炎予防接種予診票 | 診察前の体温（医療機関で測ります） | 　　　度　　　分 |
| 住所 | 習志野市・船橋市 | 子の氏名 |  | 保護者名 |  |
| 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日 | 電話 | （　　） |
| 　　　　　　　　　質　　　問　　　事　　　項 | 回答欄 | 医師欄 |
| あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします。　　出生体重（　　　　　）ｇ　　　　　　　分娩時に異常はありましたか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出生時に異常はありましたか。　　　　　　　　　　乳幼児健診で異常があると言われたことはありますか。 | あるあるある | ないないない | 　　　　　　　　　　　　 |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。具合の悪い症状（　　　　　　） | 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しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等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、など）にかかり医師の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良いといわれましたか。 | はい | いいえ | 　　 |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。　　（　　　）歳頃そのときに熱が出ましたか。 | はい | いいえ | 　　　　 |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、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。予防接種名（　　　　　　） | はい | いいえ | 　　　　 |
| 家族に予防接種を受けて具合の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及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）　　医師の署名 |
| 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。（はい・いいえ）　　保護者の署名 |
| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施日 | 実施医療機関 | 　接種医師名 |
|  | 　　　　ｍｌ |  | 小児科アレルギー科中山クリニック | 中山　義雄 |