|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |