

予防接種予診票・接種同意書(未成年者用)

予防接種名

自費用

* ○をつけて下さい。→ 初回接種 ・ 追加接種(回目)
* 追加接種の方 → 前回接種日... 年 月 日

診察前体温 度 分

住所	TEL () -
(フリガナ) 受ける人の氏名	男 女 生年月日 年 月 日(歳)

質問事項	いいえ	はい	医師記入欄
① お子様のお受けになる予防接種についての説明文を読み効果や副反応、救済措置などについて理解しましたか。			
② 今日具合の悪いところがありますか？ (症状)			
③ 最近1ヶ月以内に熱がでたり病気にかかったりしましたか？ ()			
④ 現在何か治療中の病気がありますか？ ()			
⑤ 現在何か薬をのんでいますか？ ()			
⑥ その病気の主治医には今日の予防接種をうけてもよいといわれましたか？			
⑦ 特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか？ (病名)			
⑧ 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？			
⑨ 薬や食品(特に卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたりからだの具合がわるくなったことがありますか？ (薬品・食品名)			
⑩ けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？(何歳頃)			
⑪ 4週間以内に、何か他の予防接種を受けましたか？ ()			
⑫ 今までに受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか？ (ワクチン名・症状)			
⑬ 生まれた時の体重が少なかったり、出生時、出生後、乳児健診などで異常があるとされたことがありますか？ (内容)			

【保護者同意欄】

予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、子供に接種させることに同意します。

保護者署名(必須)

(続柄)

緊急連絡先(TEL)

本人のみ(高校生以上に相当する年齢の方)又は保護者代理人同伴での来院の場合

【委任欄】

私は、子供(お子さんの名前)の予防接種(予防接種の種類)を

受けるにあたり、本人又は代理人に一切の権限を委任します。

保護者署名(必須)

代理人住所

代理人電話番号

代理人氏名

被接種者との関係(続柄)

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(接種できる ・ 見合わせ)と判断します。

医師署名 または 記名捺印

印

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
ロット番号 メーカー名	皮下接種 ・ 筋肉内接種 ml	茅ヶ崎中央病院 医師名 : 接種日時 : 年 月 日