

※太枠内全てをご記入下さい		コード番号	診察前の体温	度	分
住所(住民票がある所)	釧路市		電話番号		
ふりがな			生	年	月
受ける人の氏名	男	年		月	日生
保護者の氏名	女	(満		歳	か月)

※定期予防接種を受けるときは、保護者同伴が原則です。保護者が特段の理由で同伴できない場合は、保護者が下記の委任状を記載することにより、保護者以外の方が同伴することができます。

委任状	私(委任者)は、次の者(受任者)に日本脳炎予防接種に関する一切の権限を委任します。 委任年月日 年 月 日 委任者(保護者)氏名 受任者(同伴者)住所 氏名	わからなければ記入不要	直前の熱は記入OK!
-----	--	-------------	------------

質問事項 (あてはまる項目を○で囲んで下さい)	回答欄	確認欄
今日受ける予防接種について「予防接種のしおり」又は裏面の説明を読みましたか	はい	いいえ
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	はい	いいえ
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか 鼻水・咳・下痢・湿疹・その他 ()	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、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か月以内に全身麻酔を伴う手術の予定がありますか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか		
予防接種の種類 () 接種日 (年 月 日)		
1期の1回目は、いつ受けましたか (年 月 日)		
同時に接種する予防接種はありますか		
予防接種の種類 ()		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、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)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ
そのときに熱がでましたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	ある	ない
近親者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
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ
予防接種の種類 ()		
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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

母子手帳 (確認済み ・ 持参無し)	備考欄	○で囲んでください
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 (可能 ・ 見合わせる)	
(見合わせる理由)	医師署名	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか	希望します	希望しません
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が釧路市に提出されることに同意します。		
同伴者自署		

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所
ワクチン名	3歳未満0.25ml	左・右	医師名
LOT NO.	3歳以上0.5ml	上腕伸側部	実施年月日
※有効期限を要確認			月 日

保護者名ではなく一緒にこられる方