

※太枠内をすべてご記入いただくか、○で囲んでください。

ワクチン名 ()	回目
--------------	----

予防接種予診票(任意)

(フリガナ) 接種者氏名	男 女	生年月日 年 月 日 (才 ケ月)
保護者氏名		電話番号 ()
住 所		

質問事項	回答欄		
現在の体温は何度でしたか	度 分		
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	症状
現在、病気でお医者さんにかかりていますか	はい	いいえ	病名
1ヶ月以内に、何か病気でお医者さんにかかりましたか	はい	いいえ	いつ 病名
今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	今までに何回 回 最後はいつ (才ころ)
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	いつ 何で
1ヶ月以内に他の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何の
今までに予防接種を受けて、具合の悪くなったりことがありますか	はい	いいえ	いつ 何の
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけたことがありますか	はい	いいえ	いつ
兄弟姉妹や遊び仲間で麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘にかかる子はいますか	はい	いいえ	いつ 何の
医師の記入欄	医師のサイン		
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)			

保護者のサイン
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)

ワクチン名 Lot No	接種量	接種年月日	接種医療機関名
	ml		医療法人社団 希樹会 さとう小児科医院

※太枠内をすべてご記入いただぐか、○で囲んでください。

ロタテックワクチン予診票

(1回目・2回目・3回目)

(フリガナ) 接種者氏名	男 女	生年月日 年 月 日 (才 ヶ月)
保護者氏名		電話番号 ()
住 所		

質問事項	回答欄		
現在の体温は何度でしたか	度 分		
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	症状
現在、病気でお医者さんにかかりていますか	はい	いいえ	病名
1ヶ月以内に、何か病気でお医者さんにかかりましたか	はい	いいえ	いつ 病名
今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	今までに何回 回 最後はいつ (才ころ)
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなつたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何で
1ヶ月以内に他の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何の
今までに予防接種を受けて、具合の悪くなつたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何の
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たことがありますか	はい	いいえ	いつ
兄弟姉妹や遊び仲間で麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘にかかっている子はいますか	はい	いいえ	いつ 何の
医師のサイン			
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)			

保護者のサイン

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)

ワクチン名	Lot No	接種量	接種年月日	接種医療機関名
		2. 0ml		医療法人社団 希樹会 さとう小児科医院

※太枠内をすべてご記入いただくか、○で囲んでください。

ロタリックスワクチン予診票

(1回目 · 2回目)

(フリガナ) 接種者氏名	男 女	生年月日 年 月 日 (才 ケ月)
保護者氏名		電話番号 ()
住 所		

質問事項	回答欄		
	度 分		
現在の体温は何度でしたか			
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	症状
現在、病気でお医者さんにかかりていますか	はい	いいえ	病名
1ヶ月以内に、何か病気でお医者さんにかかりましたか	はい	いいえ	いつ 病名
今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	今までに何回 回 最後はいつ (才ころ)
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなつたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何で
1ヶ月以内に他の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何の
今までに予防接種を受けて、具合の悪くなつたことがありますか	はい	いいえ	いつ 何の
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけたことがありますか	はい	いいえ	いつ
兄弟姉妹や遊び仲間で麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘にかかっている子はいますか	はい	いいえ	いつ 何の
医師の記入欄	医師のサイン		
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)			

保護者のサイン
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)

ワクチン名	Lot No	接種量	接種年月日	接種医療機関名
		1. 5ml		医療法人社団 希樹会 さとう小児科医院