

※こちらの予診票は他の医療機関では使用できません

事前にお電話で予約して下さい。(ワクチン調達の為)

※南長池診療所では1歳未満の方の接種はしていません。小児科での接種をお勧めしています。

小児の方は母子手帳をお持ち下さい。

太枠内にあらかじめ記入し、受付にご提出ください。

初めて来院される方は保険証をお持ち下さい。

体 温
--------

接種日			
ふりがな	年 月 日	生まれ	才( 月)
名前	医療生協の組合員ですか? はい・いいえ <small>(組合員価格でご利用いただくには組合員証の提示が必要です)</small>		
保護者名	(子どもがうけるときのみ)	電話番号 :	

① 希望のものをチェック

<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> B型肝炎 ( )回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 麻しん・風疹混合 MR	<input type="checkbox"/> ギフテリア・破傷風 (DT) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 PCV*小児用 <input type="checkbox"/> 麻しん (単独) Mのみ <input type="checkbox"/> 風 疹 (単独) Rのみ <input type="checkbox"/> 4種混合 DPT+IPV	<p><u>注意) これは大人用です</u></p> <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン (ニューモバックス)
--	---	--

②以下の項目に記入して下さい		いずれか○	ありのとき、その内容を記入して下さい
別紙(ワクチンの必要性や副反応に関する説明)を読み理解されましたか		はい いいえ	
現在、治療中あるいは通院中の病気		なし あり	
くすりや食べ物などのアレルギー		なし あり	
上記の他に、最近1か月以内に入院や治療を要したこと		なし あり	
最近1ヶ月以内に予防接種をうけたこと		なし あり	
いままでに予防接種をうけて具合が悪くなったこと		なし あり	
6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの注射をうけたこと		なし あり	
小児のみ	出生時や乳児健診で異常といわれたこと	なし あり	
	ひきつけ(けいれん)の経験はありますか	なし あり	
女性のみ	現在妊娠している可能性はありますか	なし あり	
③今日の体調についての相談、その他のご質問など			
④医師の問診/診察の結果、接種が可能と判断されたら 接種を受けることに同意しますか(本人または保護者署名)		署名にて同意とする	署名

<医師記入欄>

問診・診察の結果、予防接種が可能と判断し接種する

医師の署名

(サイン or 印鑑)

ロット NO.