

ロタ 予 防 接 種 予 診 票

★接種希望のワクチンを○で囲んでください

ロタテック 1回目・2回目・3回目

ロタリックス 1回目・2回目

☆ 受付時間 月～土/午前11時までにご来院ください

※37.5度以上の場合は接種できません

★太枠内にご記入ください

診察前の体温

度

分

住 所	〒				
電 話 番 号					
フリガナ 受ける人の氏名					
生 年 月 日	平成	年	月	日	(満年齢 歳 ヶ月)
保護者の氏名 (未成年者接種時)					

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いて下さい()	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	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() (月 日) 予防接種名() (月 日) 予防接種名() (月 日)	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	はい いいえ	
そのときに熱がでましたか	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がありますか 予防接種名・症状()	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注射を受けましたか	はい いいえ	
その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的にお書き下さい		

予診の結果、今日の予防接種を希望します	本人の署名 (もしくは保護者の署名)
---------------------	-----------------------

ワクチン名 Lot No.	接種量	実施場所・医師名		
ロタテック	5価 2.0ml	実施場所	医療法人 中島医院	
ロタリックス	1価 1.5ml	接種日時	平成 年 月 日	