

予防接種を代理人に委任する場合の予診票記入について

*委任状があれば予防接種に関する一切の権限を委任することになるため、予診票の記入はすべて代理人の方が行ってもかまいませんが、子どもの健康状態を良く知っている保護者の方の記入が望ましいことから、できる限り保護者の方が記入するようお願いいたします。

<予診票記入の際は以下の点にご注意ください>

*予診票上部の【保護者氏名】

→予防接種を受ける子どもの保護者名を記入します。

*予診票下部（保護者記入欄）の【保護者自署・署名・サイン】

→予防接種に連れてきた代理人がサインをします。

また予診票にもよりますが、医師の診察や説明を受けた内容等に対して保護者名を記入してもらう場合は代理人のサインとなります。

以上を参考に、委任状及び予診票の記入をお願いします。

記入方法がよくわからない場合は、当院小児科外来にお問い合わせください。



1 予防接種予診票

太枠内を記入あるいは○でかこんでください

診察前の体温 度 分

受ける人の氏名	男	生年	年	月	日
保護者の氏名	女	月日	満	歳	ヶ月

質問事項	回答欄		医師記入欄
出生時から今までの検査(障害など)をいわれたことがありますか。 受ける子供の保護者名を記入	あった	なかった	
出生時から今までに特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全・その他)にかかり、医師に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	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(歳頃) その時に熱が出ましたか。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や接した仲間に麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘などの病気の方がいましたか。病名 ()	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。	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	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 ()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
今、免疫に異常があると診断されていますか。	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	はい	いいえ	
現在、妊娠していませんか。	している		
ほかに、今日の予防接種について質問がありますか。	はい		

代理人の名前(直筆)

医師の記入欄
 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師のサイン
 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせます) **保護者サイン**

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・実施日時
ワクチン名: Lot. No 有効期限 年 月 日	皮下接種 ml	実施場所: 聖隷佐倉市民病院 医師名: 接種年月日: 年 月 日