

麻疹预防接種预检表（甲）

区

住 址	区			
小 儿 姓 名		男 ・ 女	年 月 日出生 (満 歳 月)	
家 长 姓 名	電話 —			

※请务必阅读「预防接种与小儿健康」，然后选择或填写各项栏目

	体 温	度 分	
提 问 事 项	回 答 栏		医师記入 栏
今天接受预防接种的区的通知「预防接种与小儿健康」您是否已阅读	是	否	
请问有关孩子的发育史 出生体重（ ）g 分娩时是否有异常情况 出生后是否有异常情况 在以往的婴儿健康体检检查中是否有异常	是 是 是	否 否 否	
孩子今天身体是否哪儿不舒服 请具体写明症状（ ）	是	否	
最近一个月内孩子是否生过病 病名（ ）	是	否	
最近一个月内是否有家属或朋友患了麻疹，风疹，水疱疹，流行性腮腺炎等疾病 病名（ ）	是	否	
最近一个月内孩子是否接受过预防接种 予防接種名（ ）	是	否	
孩子自出生以后是否患过特殊疾病（先天性异常，心脏，肾脏，肝脏，脑神经，免疫不全症及其他疾病）并接受医生诊疗 病名（ ）	是	否	
医生是否说可以接受今天的预防接种	是	否	
孩子是否发生过痉挛（抽筋）（ 年 月）	是	否	
那时是否伴有发热	是	否	
孩子是否由于药品或食品而皮肤发疹或荨麻疹或感到身体不适	是	否	
家属中是否有人被诊断患了先天性免疫不全症	是	否	
以前，孩子在接受了预防接种后是否感到身体不适 预防接种名称（ ）	是	否	
家属中是否有人曾在接受了预防接种后感到身体不适	是	否	
最近六个月内孩子是否接受过输血或丙种球蛋白注射	是	否	
对于今天的预防接种有何提问	是	否	
医生記入栏 年 月 日 根据以上问诊和体格检查，今天的预防接种 （ 可接种・不可接种 ） 医生签名			

根据以上预检结果，今天的预防接种（ 接受・不接受 ）	保护者（家长）签名
----------------------------	-----------

（注）丙种球蛋白是血液制剂之一，注射可用于预防 A 型肝炎等传染病及治疗重症感染症等，3～6 个月以内接受过丙种球蛋白注射的小儿，其麻疹预防接种的效果が可能不十分理想。

使用疫苗名称	接种量	实施地点・医师姓名
干燥弱毒活麻疹疫苗	(皮下接种)	实施地点 医师姓名
Lot No.	0.5 ml	接种年月日 年 月 日