

() 予防接種問診表(任意)

| | | | | | | | |
|---|--------|-----------|------|------------------|-----|----------------|--|
| | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | |
| 住 所 | | TEL () - | | | | | |
| 受ける人の氏名 | フリガナ | 男 女 | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | |
| | 保護者の氏名 | | | (満 才 カ月) | | | |
| 質 問 事 項 | | | | 回答欄 | | 医師記入欄 | |
| 今日の受ける予防接種について説明書を読みましたか。 | | | | はい | いいえ | | |
| 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 あれば具体的に () | | | | はい | いいえ | | |
| 今日体に具合が悪いところがありますか。 あれば具合の悪い症状を書いてください () | | | | はい | いいえ | | |
| 治療(投薬など)を受けていますか。 | | | | はい | いいえ | | |
| その病気の主治医には、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 | | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名() | | | | はい | いいえ | | |
| 1ヶ月以内に家族や周囲の人に麻疹(はしか)、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか。 病名() | | | | はい | いいえ | | |
| 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。 病名() | | | | はい | いいえ | | |
| その病気の主治医には、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 | | |
| 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () | | | | 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はありますか。 予防接種の種類 () | | | | 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 | | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 ()歳頃 | | | | はい | いいえ | | |
| そのとき熱が出ましたか。 | | | | はい | いいえ | | |
| 最近6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。 | | | | はい | いいえ | | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。 | | | | はい | いいえ | | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | | | | はい | いいえ | | |
| (婦人のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。 | | | | はい | いいえ | | |
| 接種後2ヶ月間の避妊について説明を受けましたか。 | | | | はい | いいえ | | |
| 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) 医師の署名 | | | | | | | |
| 被接種者の記入欄 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) 本人または保護者署名 | | | | | | | |
| ワクチンメーカー名、ロット番号 | | 接種量 | | 実施場所. 医師名. 接種年月日 | | | |
| メーカー名 | | | | 実施場所 | | 医療法人 森小児科クリニック | |
| Lot No. | | ml | | 医師名 | | 森 俊憲 | |
| | | | | 接種年月日 | | 平成 年 月 日 | |