

() 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	