

※ご希望の接種項目を、「○」で囲んでください。

【 水ぼうそう ・ おたふく ・ B型肝炎 】 予防接種問診票

住所		診察前の体温	度	分
フリガナ		男	TEL	
受ける人の氏名		・	生年	年 月 日
保護者の氏名		女	月日	(満 歳 カ月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読むか、医師の説明を聞き理解をしましたか	はい いいえ	
あなたのお子様の発育歴についておたずねします。 出生体重 ()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	あった ない あった ない ある ない	
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ください()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
1カ月以内に家族や友達に麻疹や風疹、水痘(水ぼうそう)、おたふく風邪などの病気の方がいましたか 病名()	はい いいえ	
1カ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	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)にかかり医師に診察をうけていますか 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うけてよいといわれましたか	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	
そのとき熱がでましたか	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事がありますか	はい いいえ	
親近者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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はありますか 予防接種の種類()	はい いいえ	
親近者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	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい いいえ	
今回の予防接種について質問がありますか	はい いいえ	
医師記入欄 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		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか？ (はい ・ いいえ) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種) ml	実施場所 まつた小児科クリニック 医師名 松田 正 接種年月日 年 月 日