

## 予防接種問診票

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

本日受ける予防接種を○で囲んでください 来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

ロタリックス      おたふくかぜ      B型肝炎

その他 ( \_\_\_\_\_ )

|                                                                                     |    |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください ( _____ )                                      | はい | いいえ |
| 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか<br>病名、治ゆ日 ( _____ )                                              | はい | いいえ |
| 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの<br>病気の方がいましたか<br>病名 ( _____ )                     | はい | いいえ |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類、接種日 ( _____ )                                          | はい | いいえ |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、<br>麻疹、風しん、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか<br>病名 ( _____ ) | はい | いいえ |
| その他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言わ<br>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 |
| その時に熱が出ましたか                                                                         | 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、身体の具合が悪くなったこと<br>がありますか                                        | はい | いいえ |
| 近親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<br>予防接種の種類 ( _____ )                                  | ある | いいえ |
| 近親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か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 |
| 今日の予防接種について質問がありますか                                                                 | はい | いいえ |

保護者自署： \_\_\_\_\_

| 使用ワクチン名 | 接種量    | 実施医療機関・医師名・接種年月日             |
|---------|--------|------------------------------|
| ワクチン名   | (皮下接種) | 実施医療機関                       |
| Lot.No. | ml     | 医師名                          |
|         |        | 接種年月日      平成    年    月    日 |

