

() 予防接種問診票

		電 話	
受ける人の氏名		男・女	生年月日 年 月 日生(歳)
保護者の氏名		受ける人の診察前体温	度 分
質 問 事 項			回 答 欄
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()			はい ・ いいえ
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか()			はい ・ いいえ
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に 麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病 名 ()			はい ・ いいえ
1ヶ月以内に予防接種を 受けましたか 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・免疫不全症・その他の病気)にかかり 医師の診察を受けていますか 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受けてよいと言われてますか			はい ・ いいえ
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
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 接種名()			はい ・ いいえ
家族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
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか			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
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) 医師のサイン 渡邊 直幸			
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) 保護者のサイン			
使用Lot No.	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
	皮下接種/経口接種 0. 5ml/0.25ml/1.5ml	東京都三鷹市下連雀9-5-1 泰成マンション1F 渡辺こどもクリニック 渡邊 直幸 令和 年 月 日	