

# ♥ 予防接種の問診票 ♥

住所		☎	
氏名	男・女	昭和・平成	年 月 日生まれ
保護者名		(	歳 か月)

本日接種を希望されるワクチン
①インフルエンザ ( 1回目 ・ 2回目 )
②B型肝炎 ( 1回目 ・ 2回目 ・ 追加 )
③ロタ ( 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 )
④おたふくかぜ ( 1回目 ・ 2回目 )
⑤水ぼうそう ( 1回目 ・ 2回目 )
⑥麻疹 (はしか)、風疹 (三日ばしか)、MR (麻疹風疹混合)
⑦その他 ( _____ 回目 ・ 追加 )



今日は何を接種しますか？  
ワクチンで病気を  
防ぎましょう！

診察前の体温	. °C
--------	------

質問事項(当てはまる項目を○でかこんで下さい)	回答欄	
今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ
今日体に具合の悪いところがありますか。あればその症状をお書き下さい。 症状 ( _____ )	ある	ない
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 あればその内容 ( _____ )	ある	ない
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 いつ ( 月 日 ~ 月 日 ) 病名 ( _____ )	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか。 いつ ( 月 日 ) 予防接種名 ( _____ )	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。いつ頃 ( _____ ) 今までに _____ 回	ある	ない
今までに特別な病気 (心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全) にかかり医師の診察を受けていますか。 病名 ( _____ )	はい	いいえ
薬や食品 (鶏卵など) で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 あればその内容 ( _____ )	ある	ない
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。 予防接種名 ( _____ )	ある	ない
家族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
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか。	ある	ない

医師の記入欄	医師記名・押印
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( 可能 ・ 不可 ) と判断します。 保護者に接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。	名田匡利 印
本人の記入欄	サイン
医師の診察・説明を聞き、予防接種の効果・副反応について理解した上で、 今日の予防接種を受けますか ( はい ・ 見合わせます ) 。	_____

使用ワクチン	Lot.No.	接種量
		ml
		ml
		ml

接種年月日	年 月 日
実施場所	なだこどもとアレルギーのクリニック
接種医師名	名田匡利