

(おたふくかぜワクチン) 予防接種問診票 任意接種

		診察前の体温	℃
住 所			
接種を受ける人の氏名		性別	生年月日
保護者の氏名			年齢

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書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
出生体重 g	あった	なかった	
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	ある	ない	
乳児健診で異常があると言われたことがありますか			
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください ()			
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
病名 ()			
1か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病気の方がいましたか	はい	いいえ	
病名 ()			
1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種名 ()			
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	はい	いいえ	
病名 ()			
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	
そのときに熱がでましたか	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ことがありますか	はい	いいえ	
卵アレルギーがありますか	はい	いいえ	
お子さんの中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	ある	ない	
予防接種の名前 ()			
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	
6か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	
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)		医師のサイン _____	
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 _____	

使用ワクチン	接種量・部位	実施場所・医師名
ワクチン名/ロット番号	皮下接種 0.5 ml	実施場所 はぐくみクリニック
	接種部位 (左 ・ 右)	医師名 西尾 友宏
	(上腕 ・ 大腿)	接種年月日 令和 年 月 日