

予防接種問診票（任意接種用）

| 住 所 | | 診察前体温 | | 度 分 | | |
|--|------|-------|----------------|-----------|-------|--|
| | | ☎ | () | | | |
| 受ける人の氏名 | フリガナ | 男・女 | 生年月日 | S・H 年 月 日 | | |
| | | | | | | |
| 保護者氏名 | | 年齢 | (満 才 か月) | | | |
| 質問事項 | | | 回答欄 | | 医師記入欄 | |
| 今日の受ける予防接種について説明書は読みましたか | | | はい | いいえ | | |
| (お子さんの場合) 分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 あれば具体的に () | | | はい | いいえ | | |
| 今日体に具合が悪いところはありますか？あれば具合の悪い症状をご記入下さい。 () | | | はい | いいえ | | |
| 治療(投薬など)を受けていますか。 その病気の主治医には、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 | | |
| 最近1か月以内に病気にかかりましたか。病名 () | | | はい | いいえ | | |
| 1か月以内に家族や周囲に麻疹(はしか)、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか | | | はい | いいえ | | |
| 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、血液、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。病名 () | | | はい | いいえ | | |
| その病気の主治医には、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 | | |
| 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 () | | | 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 | | |
| 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はありますか。 | | | 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。 (歳ごろ) そのとき熱は出ましたか | | | はい | いいえ | | |
| 最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与をうけましたか | | | はい | いいえ | | |
| 近親者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 | | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | | | はい | いいえ | | |
| (婦人のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。 | | | はい | いいえ | | |
| 接種後2か月間の避妊について説明はうけましたか。 | | | はい | いいえ | | |
| 医師の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) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">医師の署名</div> | | | | | | |
| 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) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">本人または保護者署名</div> | | | | | | |
| 実施場所・医師名・接種年月日 | | | ワクチンメーカー・ロットNo | | 接種量 | |
| 実施場所：神奈川県相模原市中央区田名塩田2丁目16-33 医療法人 うめざわクリニック 医師名：梅澤 慎一 | | | | | | |
| 接種年月日： 年 月 日 | | | | | ml | |