

予防接種問診票

※該当するところに☑をしてください。

破傷風 ジフテリア 風疹 ムンプス インフルエンザ その他 ()

住所				電話番号		
氏名	性別	生年月日			本日の体温	
			(満)		℃	

質問事項	回答欄	医師記載欄
卵を食べて皮膚に湿疹が出たり下痢をしたことがありますか	あった なかった	
あなたの発育歴についておたずねします 分娩時に異常がありましたか	あった なかった	
出生時に異常がありましたか	あった なかった	
今までの健康審査(診断)で異常があるといわれたことがありますか	はい いいえ	
今日具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を記載してください ()	はい いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	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)にかかり医師に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 その時熱が出ましたか	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に湿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	
家族の中に先天性免疫不全と診断された方がいますか	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がありますか 予防接種名 ()	はい いいえ	
家族の中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カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している可能性はありますか	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	

医師の記載欄

以上の問診および診察の結果、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・見合わせる) サイン ()

使用ワクチン名	接種量	実施場所・実施日	
ワクチン名	(皮下接種) ml	実施場所	東京都板橋区中台3-27サンシティA101・103 青山クリニック
Lot No.		診療科	科
		接種年月日	年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種でA型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6カ月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

青山クリニック