

石和こどもクリニック 予防接種問診票

		診察前の対応		度 分		
住所	〒					
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日生	
受ける人の氏名				(歳	か月)
保護者氏名						
本日希望するワクチン (○で囲んでください)		B型肝炎 ・ おたふく ・ 水痘 ・ 三種混合(D P T) 麻疹風疹混合(MR) ・ その他()				

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2	今日、体の具合の悪いところがあれば教えてください。 症状()	はい	いいえ	
3	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名()かかった日(月 日頃)	はい	いいえ	
4	4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()	はい	いいえ	
5	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、 その他の病気)にかかり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	
6	今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
	そのときに熱はでましたか。	はい	いいえ	
7	たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発疹がでたり、下痢をしたことがありますか。 (歳頃)	はい	いいえ	
8	薬や食品で皮ふに発疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 (種類)	はい	いいえ	
9	じんましん、アトピー性皮膚炎、喘息などのアレルギー性の病気がありますか。	はい	いいえ	
10	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	
11	家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
12	1か月以内に家族や友人に麻しん、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかせ などの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
13	家族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	
14	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。(注)	はい	いいえ	
15	今日の予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防や治療、川崎病の治療を目的として注射されることがあります。
この注射を6か月以内に受けた方は生ワクチン(麻しん・風しん・おたふく・水痘等)の効果が十分に出ないことがあります。

医師記入欄
診察所見・その他の特記事項
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせたほうがよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応について説明をしました。 医師名 石和 翔

保護者記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、 接種することに(同意します ・ 同意しません) 保護者サイン _____

製造番号	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
	皮下接種 0.25 / 0.5 右 / 左	医療機関名： 石和こどもクリニック 医師名： 石和 翔 接種日時： 20 年 月 日