

問 診 票

() 予防接種 () 回目 前回接種年月日 () 月 () 日

フリガナ 受ける人の氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (歳)
保護者の氏名		T E L	
会社名			

質問事項	解答欄		医師記入欄
1. 今日(診察前)の体温は何度ですか	度	分	
2. 接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出産後、乳幼児健診などで異常があると いわれたことがありますか	あった	なかった	
3. 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な具合の悪い症状を書いてください()	はい	いいえ	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名(月 日:)	はい	いいえ	
5. 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふく かぜなどの病気の方がいましたか 病名(月 日:)	はい	いいえ	
6. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日:)	はい	いいえ	
7. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気 にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
8. 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	いいえ	はい	
9. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 か月)頃 そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
10. 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	あった	なかった	
11. 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	
12. 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	ある	ない	
13. 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	
14. 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
15. 女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか *接種後2か月間は妊娠をさける必要があります。	はい	いいえ	

ワクチン名及び		医療機関名	医療法人社団 直心会 轟クリニック
L O T 番号	Lot No.		
有効期限	年 月 日	接種医師名	接種 可 不可
接種年月日	年 月 日		