

## ■ 予防接種問診票 ■

### 【 小児 19歳以下 】

氏名	様	生年月日	(満 年 歳 月 日 ヶ月)
住所			

※ 太枠内を記入し、受診当日にお持ちください。

<b>保護者氏名</b>	<b>診察前の体温</b>	°C
--------------	---------------	----

質問事項		解答欄	医師記入欄
①	今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書等を読みましたか？	はい  いいえ	
	お子様の発育歴について確認します。・出生体重(      g)		
②	・分娩時に異常がありましたか？(                                      )	はい  いいえ	
	・出生時に異常がありましたか？(                                      )	はい  いいえ	
	・乳児健診で異常があるとされたことがありますか？(                                      )	はい  いいえ	
③	本日からだに具合の悪いところはありますか？	はい  いいえ	
	・具合の悪い症状を記入してください。(                                      )		
④	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？　・病名(                                      )	はい  いいえ	
⑤	1ヶ月以内に家族や友人に麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの病気の人がいましたか？	はい  いいえ	
	・病名(                                      )		
⑥	当院健診センター以外で最近1週間以内に予防接種を受けましたか？	はい  いいえ	
	・予防接種名(                                      )		
⑦	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 症状等)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本日の予防接種を受けても良いと言われましたか？ (上記ではいと答えた方)	はい  いいえ	
⑧	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ (                                      才頃)	はい  いいえ	
	・その時は熱がでましたか？	はい  いいえ	
⑨	医薬品や薬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	
⑩	卵やゼリー、グミ(ゼラチン)を摂取して具合が悪くなりますか？	はい  いいえ	
⑪	家族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	
⑫	これまでに予防接種を受け具合が悪くなったことがありますか？	はい  いいえ	
	・その予防接種の名前(                                      )		
⑬	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	
⑭	6ヶ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	本日の予防接種について質問はありますか？	はい  いいえ	

<b>確認者</b>	<b>医師</b>	以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は <b>可能 ・ 見合わせる</b>	【医師サイン】
	<b>受診者</b>	問診の結果を聞いて、本日の下記の予防接種を受けますか <b>受ける ・ 見合わせる</b>	【保護者サイン】 * 必須です

使用ワクチン名/Lot. No.	接種量	使用ワクチン名/Lot. No.	接種量	使用ワクチン名/Lot. No.	接種量
【ワチン名】		【ワチン名】		【ワチン名】	
【Lot. No.】	ml	【Lot. No.】	ml	【Lot. No.】	ml

実施場所	医師名	接種年月日
刈谷市住吉町5丁目15番地 刈谷豊田総合病院 健診センター		年 月 日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎等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、この注射を過去3～6ヶ月以内に受けている方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあり接種禁忌になります。