

# 予防接種問診票

MR 麻疹 風疹 水痘 ムンプス B肝 A肝 日脳

住所	電話 ( )		
ふりがな	男	生年月日	年 月 日
接種者氏名	女	大正・昭和・平成	(満 歳 ヶ月)
保護者氏名	診察前の体温 度 分		

質問事項(各項目の該当するところを○でかこみ、必要なところは記入してください)	回答欄		医師記入欄
お子さまの発育歴についておたずねします 出生体重 ( g)			
○分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
○出生後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	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい	いいえ	
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	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、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ヶ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	
生まれてから今までに家族など身の周りに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の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	はい	いいえ	
その時、熱がでましたか	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がありますか	はい	いいえ	
近親者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	
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	
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	
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	
[女性の方]現在妊娠していますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

本人または保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所	東京都豊島区池袋本町1-45-16 医療法人社団東医田村会田村医院
ワクチン名		医師名	理事長 田村 仁
Lot No.		接種年月日	

----- キリトリ -----

使用ワクチン名	接種量	実施場所	東京都豊島区池袋本町1-45-16 医療法人社団東医田村会田村医院
ワクチン名		医師名	理事長 田村 仁
Lot No.		接種年月日	