

予防接種問診票

受ける方のお名前 _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

住所 _____ 電話 _____

現在の体温 _____ °C

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の予防接種について書かれた説明書をお読みにになりましたか？	はい・いいえ	
乳幼児健診での異常はありませんでしたか？	はい・いいえ	
今までに特別な病気で医師の診察を受けていましたか？または、現在受けていますか？ 病名： 主治医に予防接種を受けてよいといわれましたか？	受けている 受けていない はい・いいえ	
今日、身体の具合の悪いところはありませんか？	ない・ある	
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか？	いいえ・はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ あった方はその時に熱がでましたか？	ない ある はい・いいえ	
薬や食べ物にアレルギーはありますか？	ない・ある	
一ヶ月以内に家族や遊び友達で、麻疹・風疹・おたふく・みずぼうそうなどの病気の方がいましたか？	いない いた	
一ヶ月以内に予防接種を受けましたか？（種類 _____ ）	いいえ・はい	
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？	ない・ある	
ご家族に先天性免疫不全症と診断されている方はいらっしゃいますか？	ない・ある	
六ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか？	ない・ある	
今日の予防接種について質問があればお書きください		

医師記入欄

診察の結果、予防接種は 可能 見合わせる 医師のサイン _____

本人または保護者記入欄

診察の結果を聞き、予防接種を 受ける 受けない

ご本人または保護者のサイン _____

使用ワクチン	用法 用量	接種場所 接種日時
メーカー名 製造番号	皮下接種 0.5ml	神奈川県川崎市宮前区菅生5-5-21 宮前白百合クリニック 平成 年 月 日