



# 予防接種問診票



オレンジの太枠のところを、記入して下さい。

診察前の体温 度 分

ふりがな 接種する人の氏名	-----	男 ・ 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日
保護者の名前				満 歳 ヶ月

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
本日受ける予防接種は何ですか( )			
生まれてから今までに特別な病気にかかり、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	
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疹・風疹・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 予防接種名( )	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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか?	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がありますか 予防接種名( )	はい	いいえ	
家族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	
今日の説明を聞いて今日の予防接種を受けますか	はい	いいえ	

### 医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 可 能 ・ 見 合 わ せ る )  
医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか( は い ・ 見 合 わ せ ず )  
保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
		ほんまこどもクリニック 本間 彰 日時

