

予 防 接 種 問 診 表

接 種	本人 氏 名		男 ・ 女	年 月 日生 (満 歳 カ月)	予防接種名 DPT 水痘 DT HB HA 麻疹 おたふくかぜ 風疹 ()
	保護者 氏 名	電話 -			

質 問 事 項	体温	度	分	医師記入欄
出生体重 () g				
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった		
出生後に異常がありましたか	あった	なかった		
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない		
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ		
最近4週間以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ		
4週間以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水疱瘡、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		
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ		
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、 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		
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	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		
そのときに熱がでましたか	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		
お子さん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		
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 予防接種の名前 ()	ある	ない		
家族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		
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ		
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ		
医師の記入欄	平成 年 月 日			
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 ・ 見合わせます)	保護者のサイン
--	---------

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎など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3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

使用ワクチン名	接種量	実施場所
		実施場所 大川こども & 内科クリニック
		接種年月日 平成 年 月 日