

＜予防接種問診表＞

本日受けられる予防接種名 ()

受ける人の氏名		男	・	女
生年月日	年 月 日生	満	歳	ヶ月

受診年月日 年 月 日 診察前体温 ℃

問 診 事 項	回 答 欄	
お子さんの出生体重は？	() g	
今日は体の具合が悪いところがありますか？ 具合の悪い症状；()	はい	いいえ
最近1ヶ月以内に病気をしましたか？ 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、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？	はい	いいえ
1ヶ月以内に予防接種をしましたか？ 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、免疫不全症など）にかかり医師の診察を受けていますか？	はい	いいえ
はいの方；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(痙攣)を起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蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ はいの方；その食品名、または薬品名 ()	はい	いいえ
お子さん(兄弟)の中に先天性免疫不全症と診断された人がいますか？	はい	いいえ
これまでに予防接種を受けてからだの具合が悪くなったことがありますか？ 予防接種の名前 ()	はい	いいえ
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか？	はい	いいえ
6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？	はい	いいえ

使用ワクチン名	接種量	実地医療機関
		東京都小平市学園東町 3-3-36 医療法人社団仲谷クリニック 医師；