

予防注射 問診表

接種年月日

西暦

年

月

日

住所	県	市	区
	電話	携帯	
氏名	保護者	生年月日	年 月 日 ()歳

本日、接種を希望されるワクチン

()回目	()回目	()回目
()回目	()回目	()回目

朝の体温は何度でしたか？ ()度

一ヶ月以内に予防注射受けたことがありますか (ワクチン) (はい)(いいえ)

一ヶ月以内に麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘にかかられましたか (はい)(いいえ)

または3週間以内に、それらの患者さんと接触されましたか (はい)(いいえ)

現在、医師にかかっている病気がありますか (病名) (はい)(いいえ)

今までにけいれんを起こしたことがありますか (はい)(いいえ)

卵を食べて発疹が出た、下痢をされたことがありますか。 (はい)(いいえ)

卵や他の食品アレルギーと言われたことがありますか。 (はい)(いいえ)

くすりでアレルギー症状が出たことがありますか。 (はい)(いいえ)

心臓、肝臓、腎臓などの病気や川崎病に罹られたことはありますか (はい)(いいえ)

今までに予防注射で副反応が出たことがありますか。 (ワクチン) (はい)(いいえ)

家族や兄弟または親戚に予防接種を受けて具合が悪くなられた方がいますか (はい)(いいえ)

6ヶ月以内に輸血、ガンマグロブリンの注射を受けたことがありますか。 (はい)(いいえ)

今日の体調はいかがですか？調子の悪いところがありますか。 (はい) (いいえ)

医師記入欄	問診や診察をして接種の効果や副反応、健康被害についての説明をしました。
本日の接種は	(可) (否) 医師サイン
本人又は保護者記入欄	今回の説明を聞いて理解しました。
今日の接種を希望しますか	(希望する) (見合わせます) サイン



金山ファミリークリニック

052-678-7700

聖安小児科クリニック 5477-6480

上海ファミリークリニック 6270-9211