予防接種問診票

記入日：　　年　　月　　日

ふりがな 氏　　名		体　温	
保護者氏名 （20歳未満の場合）		電　話	
住　　所		生年月日	

質問事項	回答欄		医師記入欄
薬や食品、卵、ゼリー（グミ・ゼラチン）、その他アレルギーはありますか？ 内容・具体的な症状（　　）	はい	いいえ	
今日、具体的に体の悪いところがありますか 具体的な症状（　　）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や友人で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
最近、1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 【予防接種名】・A型肝炎　・B型肝炎　・狂犬病　・ポリオ　・麻疹 ・水痘　・腸チフス　・成人三種混合　・破傷風トキソイド　・日本脳炎 ・風疹　・インフルエンザ　・その他（　　）	はい	いいえ	
最近、1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名（　　）	はい	いいえ	
その場合、治療（投薬など）をうけていますか 治療・薬の内容（　　）	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	
生れてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓・肝臓・血液・脳神経の病気・ 免疫不全症、その他の病気）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	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか（　　）歳頃 その時熱は出ましたか（　はい・いいえ　）	はい	いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（注）の注射を受けましたか	はい	いいえ	
現在、妊娠しているまたは妊娠している可能性(生理が遅れている等）はありますか	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・症状（　　）	はい	いいえ	
これまでに注射や採血などの針を刺す医療行為を受けて気分が悪くなったり、 血管迷走神経反射と医師に言われたことがありますか	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	

確認者	医師	予防接種の効果、副反応について説明を行い、以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は（可能・見合わせる）と判断します。	【医師サイン】
	受診者	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、接種することに（同意します・同意しません）	【患者サイン】20歳未満の場合は保護者

埼玉医科大学かわごえクリニック