



# 中内こどもクリニック 同時接種用問診票

(予防接種当日に太枠内の該当項目に記入、もしくは○で囲んで下さい。)

住所	堺市 区		TEL ( ) -			
(フリガナ) 受ける子どもの氏名	男 女	生年 月日	平成 令和 ( 歳 カ月)	年 月 日生	保護者 の氏名	
生まれた時の状況	体重	グラム	分娩：正常・異常 ( )			

本日希望するワクチン	B 型肝炎(1・2・3)・ロタウイルス(ロタテック・ロタリックス)・ヒブ(1・2・3・追加)・肺炎球菌(1・2・3・追加)・4 種混合(DPT+ポリオ)(1・2・3・追加)・ポリオ
	MR 混合・おたふくかぜ・みずぼうそう・日本脳炎・その他 ( )

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いて下さい。( )	はい	いいえ	
3. 最近 1 ヶ月以内に病気になるかかりましたか。 (病名 ) かかった日( 月 日頃)	はい	いいえ	
4. 4 週間以内にポリオ、麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、みずぼうそう、BCG などの予防接種を受けたことがありますか。(予防接種名 )	はい	いいえ	
5. 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、その他の病気)にかかり診察を受けていますか。(病名 ) 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	
6. 今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。( 歳頃) そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
7. たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発しんがでたり、下痢をしたことがありますか。( 歳頃) 今、食べていますか。 ラテックスアレルギーはありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食品で皮ふに発しんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。(種類 )	はい	いいえ	
9. じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそくなどアレルギー性の病気がありますか。	はい	いいえ	
10. 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	
11. 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
12. 1 ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気の方がいましたか。(病名 )	はい	いいえ	
13. 家族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	
14. 6 ヶ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。(注)	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防や治療、川崎病の治療を目的として注射されることがあり、この注射を 6 ヶ月以内に受けた方は、生ワクチン(麻しん・風しん・おたふくかぜ・みずぼうそう等)の効果が出ないことがあります。

医師の記入欄	診察前の体温 度 分
診察所見・その他の特記事項 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる・見合わせた方がよい )と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応について、説明をしました。 医師名 _____	

16. 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 ) ※かつこの中のどちらかを○で囲んで下さい。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 保護者サイン _____ このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 _____
--

接種部位と接種量 (LOT シールを貼って下さい。)			シール	経口	ml
シール	右・左	ml	シール	右・左	ml
シール	右・左	ml	シール	右・左	ml

接種年月日

医師名