

## 青年・成人用三種混合ワクチン（Tdap）予防接種問診票

記載日

予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 ( 才 )
保護者氏名	住所	Tel( )	
質問事項		記入欄	
今日のワクチンについて説明を読み理解しましたか？	いいえ	はい	
今日の体温ま何度でしたか	家で ℃	病院で ℃	
今ふだんと違って具合の悪いことはありますか	ある（具体的に） ( )	いいえ	
1ヵ月以内に麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方と接触はありましたか。	はい 病名( )	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい ワクチン名( ) 接種月日( 月 日)	いいえ	
現在何か病気にかかっていることがありますか。 医師の観察を受けている慢性の病気はありますか。	はい 病名( )	いいえ	
その主治医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	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	ある（回数 回、最後 年 月）	いいえ	
薬や食品で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	ある（具体的に） ( )	いいえ	
お子さん（本人及び兄弟）の中に免疫不全と診断されている方はいますか。	はい ( )	いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	ある（予防接種名、症状） ( )	いいえ	
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	いる（どなた、予防接種名、症状） ( )	いいえ	
（ご婦人の方に）現在、妊娠していますか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問があったらお書きください。			
医師の記入欄	可能 ・ 見合わせる		
問診、診察の結果、今日の予防接種は	医師の署名又は押印		
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。)	保護者サイン		
ロットシール貼付	接種日印		

花田こどもクリニック