

□おたふくかぜ予防接種問診票 1回目・2回目  
 □水ぼうそう予防接種問診票 1回目・2回目  
 日付

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 ヲ月)
保護者氏名	住所	Tel( )	
質問事項		記入欄	
今日の体温は何度でしたか		家で ℃	病院で ℃
分娩時に異常がありましたか		あった ( )	ない
出生後に異常がありましたか		あった ( )	ない
乳幼児健診で異常ありといわれたことがありますか		ある ( )	ない
今ふだと違って具合の悪いことはありますか		はい (具体的に) ( )	いいえ
最近1カ月以内に病気にかかりましたか		はい 病名( )	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。		はい 病名( )	いいえ
医師の観察を受けている慢性の病気はありますか		はい	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
6ヵ月以内に輸血又はガンマグロブリン治療を受けましたか		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 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)			
医師署名又は記名押印			
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

□おたふくかぜ予防接種問診票 1回目・2回目  
 □水ぼうそう予防接種問診票 1回目・2回目  
 日付

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 ヲ月)
保護者氏名	住所	Tel( )	
質問事項		記入欄	
今日の体温は何度でしたか		家で ℃	病院で ℃
分娩時に異常がありましたか		あった ( )	ない
出生後に異常がありましたか		あった ( )	ない
乳幼児健診で異常ありといわれたことがありますか		ある ( )	ない
今ふだと違って具合の悪いことはありますか		はい (具体的に) ( )	いいえ
最近1カ月以内に病気にかかりましたか		はい 病名( )	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。		はい 病名( )	いいえ
医師の観察を受けている慢性の病気はありますか		はい	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
6ヵ月以内に輸血又はガンマグロブリン治療を受けましたか		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 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)			
医師署名又は記名押印			
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