

□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