

あんどろキッズクリニック予防接種問診票

記入日

令和

年

月

日

住所	神戸市			電話 (- -)	
受ける人	フリガナ	年齢	男・女	保護者氏名	
	氏名	歳 ヶ月			
	生年月日	S・H・R	年 月 日		
希望するワクチン	<input type="checkbox"/> 1) ヒブワクチン <input type="checkbox"/> 2) 肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 3) ロタワクチン			注射前の体温	
	<input type="checkbox"/> 4) B型肝炎ワクチン <input type="checkbox"/> 5) 4種混合ワクチン <input type="checkbox"/> 6) 5種混合ワクチン				
	<input type="checkbox"/> 7) BCG <input type="checkbox"/> 8) 麻しん風しんワクチン(MR)			°C	
	<input type="checkbox"/> 9) 水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 10) おたふくワクチン <input type="checkbox"/> 11) 日本脳炎ワクチン <input type="checkbox"/> 12) 2種混合ワクチン(DT) <input type="checkbox"/> 13) その他(37.5°C以上は 接種できません	

質問事項	回答欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書を読み、理解しましたか。	はい いいえ
2. 今日、体に具合が悪いところがありますか。(咳、鼻水、下痢など) あれば具体的に書いて下さい()	いいえ はい
3. 今、何かの病気でお医者さんにかかっていますか。()	いいえ はい
4. 4週間以内に、予防接種を受けましたか。	いいえ はい
5. 1ヶ月以内に本人、ご家族、まわりの人が何かご病気にかかりましたか。 水ぼうそう・おたふくかぜ・はしか・ふうしん・その他()	いいえ はい
6. 今までに特別な病気(先天異常・心臓・腎臓・神経・免疫不全等)や、健診で異常を指摘されて診察をうけたり、お薬を服用されていますか。()	いいえ はい
7. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	いいえ はい
8. 現在、卵または他の食品を食べたり、薬でアレルギー症状が出ますか。()	いいえ はい
9. ぜんそくや鼻アレルギーが起こったり、湿疹がでやすいほうですか。	いいえ はい
10. 近親者に先天性の免疫不全と診断されている方はいますか。()	いいえ はい
11. 本人や近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。()	いいえ はい
12. 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	いいえ はい
13. 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けましたか。	いいえ はい
14. ラテックス過敏症ですか。	いいえ はい
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ はい

医師記入欄 以上の問診および診察の結果、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。
 神戸市西区学園西町1-1-2
 あんどろキッズクリニック 医師 安藤 淳

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 上記のワクチンを接種することに、(**同意します・同意しません**)
 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。このことを理解した上、本予診票が市町村に
 提出されることに同意します。 保護者サイン

接種部位と接種量	lot No.	経口
lot No. 右上腕 上 ml	lot No.	左上腕 上 ml
lot No. 右上腕 下 ml	lot No.	左上腕 下 ml

接種年月日 令和

医師名 安藤 淳