

あんどウキッズクリニック予防接種問診票

次回の予防接種は、 月 日 () 以降です。

記入日 令和 年 月 日

住所	神戸市 区 町 丁目 番			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ロタウイルスワクチン <input type="checkbox"/> ④B型肝炎ワクチン <input type="checkbox"/> ⑤4種混合ワクチン <input type="checkbox"/> ⑥BCG <input type="checkbox"/> ⑦麻しん風しんワクチン(MR) <input type="checkbox"/> ⑧水痘(水ぼうそう)ワクチン <input type="checkbox"/> ⑨おたふくワクチン <input type="checkbox"/> ⑩日本脳炎ワクチン <input type="checkbox"/> ⑪2種混合ワクチン(DT) <input type="checkbox"/> ⑫その他()			注射前の体温	°C
				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、まわりの人が次の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	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)にかかり 診察をうけたり、現在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、たまご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、湿疹がしやすいほうですか。	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. 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 _____

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2-1-1
 あんどウキッズクリニック 医師 安藤 淳

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