もしもしキッズクリニック 任意接種用問診票

（予防接種当日に**太枠内**の該当項目に記入、もしくは〇で囲んでください。）

診察前の体温	度	分

住所	TEL (　　)　　-				
（フリガナ） 受ける人の氏名	男　・　女		生年月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日生 （　　歳　　か月）	
生まれた時の状況	体重　　グラム	分娩　：正常　・異常あり （　　）		保護者氏名	

本日希望するワクチン	B型肝炎・ロタウイルス・ヒブ・肺炎球菌・4種混合・3種混合・不活化ポリオ
	MR混合・おたふく・みずぼうそう・日本脳炎・インフルエンザ・その他（　　）

質問事項	回答欄		医師記入欄
1.今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2.今、体のぐあいの悪いところがありますか。 （症状：　　）	はい	いいえ	
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。（日時　　） （病名：　　）	はい	いいえ	
4. 4週間以内に予防接種を受けましたか。（　　）	はい	いいえ	
5. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他）にかかり、診療をうけていますか。 （病名：　　）	はい	いいえ	
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	
6. けいれんを起こした事がありますか。（　　歳ごろ）	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ	
7. 食べ物や薬で発疹が出たりや体調を崩した事がありますか。 （種類：　　）	はい	いいえ	
8. 今までに予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか。 （種類：　　）	はい	いいえ	
9. 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。 また、先天性免疫不全と診断される方はいますか。	はい	いいえ	
10. 1か月以内に家族や遊び友達に麻しん、風しん、おたふく、水ぼうそうなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
11. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか。	はい	いいえ	
12. 今日の予防接種について質問がありますか。 （　　）	はい	いいえ	

医師の記入欄（診察所見・その他特記事項）
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　実施できる　・　見合わせた方が良い　）

医師署名又は記名捺印＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副作用などについて理解した上で、
接種することに（　同意します　・　同意しません　）

本人もしくは保護者の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン	部位・接種量	実施場所・医師名・接種日時
Lot. No.：	ml	実施場所：もしもしキッズクリニック 医師名　：下　智比古 接種日時：