

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○で囲んでください。)

住所	TEL () -				
(フリガナ) 受ける子どもの氏名	男女	生年月日	平成・令和 年 月 日生 (歳 か月)	保護者の氏名	
生まれた時の状況	体重	グラム	分娩 : 正常・異常 ()		

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(DPT+ポリオ)・3種(DPT)・ポリオMR混合・おたふくかぜ・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. 今日、体の具合の悪いところがありますか。あれば、その症状を書いてください。()	はい	いいえ	
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。(病名) かかった日(月 日頃)	はい	いいえ	
4. 4週間以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名 :)	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、その他の病気)にかかり診察を受けていますか。(病名)	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよといわれましたか。	はい	いいえ	
6. けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
7. たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発しんがでたり、体調を崩したことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
8. 薬や食品で皮ふに発しんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。(種類)	はい	いいえ	
9. じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそくなどアレルギー性の病気がありますか。	はい	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。(予防接種名)	はい	いいえ	
11. 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。	はい	いいえ	
12. 1か月以内に家族や遊び仲間麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
13. 家族に先天性免疫不全と診断される方はいますか。	はい	いいえ	
14. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。(注)	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防や治療、川崎病の治療を目的として注射されることがあり、この注射を6か月以内に受けた方は生ワクチン(麻しん・風しん・おたふくかぜ・みずぼうそう等)の効果が十分に出ないことがあります。

医師の記入欄	診察前の体温 度 分
診察所見・その他の特記事項 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・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副作用について、説明をしました。	医師署名又は記名押印

16. 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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

接種部位と接種量(LOTシールを貼ってください。)			シール	経口	ml
シール	右上腕かた側	ml	シール	左上腕かた側	ml
シール	右上腕ひじ側	ml	シール	左上腕ひじ側	ml

接種年月日 令和 年 月 日

医師名 _____