

予 防 接 種 問 診 票

水痘・おたふくかぜ・麻疹・風疹・二種混合・日本脳炎・HB・その他
医療法人社団さとうキッズクリニック 体温 度 分

本人氏名			保護者名		
住 所	〒 TEL		生年月日	年 月 日 満 歳 ヶ月	
出生時体重	g		分娩時	正常 ・ 異常 ()	
1. 最近、何か病気で医者さんにかかっていますか？				かかっていない	かかっている (病名)
2. 今日の身体の具合はどうですか？				正 常	異 常 ①下痢気味 ②咳が出る ③鼻水が出る ④その他
3. 今まで予防接種を受けて特に具合の悪くなったことがありますか？				な い	あ る
4. 両親、兄弟姉妹の中で、予防接種をして具合の悪くなった人はいいますか？				いない	い る ()
5. 今、著しい栄養障害がありますか？				な い	あ る
6. 今までに、心臓、腎臓、肝臓など何か重い病気にかかったことがありますか？				な い	あ る (病名)
7. 今までに、けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか？				な い	あ る
8. 薬や食品（特にたまごや鶏肉）を食べて皮膚に発疹ができるか、下痢をしたことがありますか？				な い	あ る
9. 今、湿疹など皮膚の病気がありますか？				な い	あ る
10. じんましんや湿疹のでやすい方だと思いますか？				思わない	思 う
11. 今までに、注射か薬を飲んで発疹がでたり、異常をきたしたことがありますか？				な い	あ る (具体的に)
12. 1カ月以内に、ポリオ（小児マヒ）、BCG、麻疹（はしか）の予防接種を受けていますか？				受けていない	受けている (予防接種の種類)
13. 最近、麻疹（はしか）の予防などでガンマグロブリン注射を受けたことがありますか？				な い	あ る
14. 1カ月以内に兄弟姉妹や遊び友達で、麻疹（はしか）にかかっている子がいますか？				いない	い る
15. (女性の方に) 現在妊娠していますか？				いいえ	は い
16. 接種を受けられる方がお子さんの場合 分娩時、出生時、乳児健診で異常はありましたか？				あ る	な い 何か注意を受けたことがあれば記入
医師の診察、説明を受けて予防接種の効果や副反応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) (署名) 本人もしくは保護者					
医 師 判 定	A. 実 施		B. 見合わせ		医師名 佐藤 謙二
ワクチンLotNo				接種日時	