

予防接種問診票 (自費接種用)

◆希望する予防接種名を○で囲んでください。

- ・ヒブ ____回目 ・肺炎球菌 ____回目
- ・ロタ ____回目 ・B型肝炎 ____回目
- ・DPT-IPV(4種混合)1期 ____回目 / 追加
- ・BCG ・MR(麻疹・風疹 混合)
- ・水痘 ____回目 ・おたふくかぜ ____回目
- ・日本脳炎 ____回目 ・インフルエンザ ____回目
- ・DT(ジフテリア・破傷風 混合)
- ・その他 _____

お名前: _____

年齢: _____ 歳 _____ ヶ月

記入年月日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ◆来院時の体温 (_____ 度 _____ 分)・・・(_____) 時ごろ測定

◆以下の質問事項について、お答えください。

- ・受付又はホームページ上にある各ワクチンの説明書をお読み頂きましたか?・・・ はい ・ いいえ
- ・出生体重は (_____) g
- ・分娩時に異常がありましたか?..... はい ・ いいえ
- ・出生後に異常がありましたか?..... はい ・ いいえ
- ・乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか?..... はい ・ いいえ
- ・今日、体に具合の悪いところがありますか?..... はい ・ いいえ
 具合の悪いところは (_____)
- ・最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか?..... はい ・ いいえ
 病名 (_____)
- ・1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ
 などの病気の方がいましたか?..... はい ・ いいえ
 病名 (_____)
- ・1ヶ月以内に予防接種を受けましたか?..... はい ・ いいえ
 予防接種の種類 (_____)
- ・生まれてから今までに特別な病気(先天異常・心臓・肝臓・脳神経・
 免疫不全症・その他)にかかり、医師に診察を受けていますか?..... 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
 よいと言われましたか?..... はい ・ いいえ
- ・ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか?..... はい ・ いいえ
 (_____) 歳ごろ その時、熱が出ましたか?..... はい ・ いいえ
- ・薬や食品が原因で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪く
 なったことがありますか?..... はい ・ いいえ
- ・お子さんの中に、先天性免疫不全と診断されている方はいますか?..... はい ・ いいえ
- ・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?..... はい ・ いいえ
 予防接種の種類 (_____)
- ・家族の中に、予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか?..... はい ・ いいえ
- ・6ヶ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?..... はい ・ いいえ
- ・今日の予防接種について質問がありますか?..... はい ・ いいえ
- ・予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか?..... はい ・ 見合わせる

保護者のサイン _____

- ◆ロタウイルスワクチンを希望の方: 下痢をしていますか?..... はい ・ いいえ
- ◆インフルエンザワクチンを希望する方: 卵アレルギーがありますか?..... はい ・ いいえ ・ 食べたことがない

医師の所見及び指示..... 可能 ・ 見合わせる (理由: _____)

医師のサイン _____