

予防接種問診票

※2回目以降の方は、赤枠内だけ記入して下さい

ふりがな	生年月日	(昭和 ・ 平成)	
氏名 (男 ・ 女)		年	月 日 (歳)
保護者名 (未成年者の場合)	接種前の体温		°C

① 1か月以内に予防接種をうけましたか？ いつ () ワクチン名 ()	はい	いいえ
② 予防接種をして具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
③ 予防接種をして副反応がでたことはありますか？ それはどのような症状でしたか？ ()	はい	いいえ
④ 本日具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ
⑤ 現在治療中の病気はありますか？ 病気の名前 ()	はい	いいえ
⑥ 現在飲んでいる薬はありますか？ 薬の名前 ()	はい	いいえ
⑦ 今までにけいれんを起こしたことはありますか？ いつ頃 ()	はい	いいえ
⑧ 免疫不全と診断されたことがありますか？	はい	いいえ
⑨ 卵を食べて発疹がでたり、下痢をしたことはありますか？	はい	いいえ
⑩ 食品アレルギーや薬品アレルギーはありますか？ 食品・薬品名 ()	はい	いいえ
⑪ <女性の方>現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ

(2回目以降の方記入欄)

① 本日具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ
② 前回の予防接種後、副反応や何か気になる症状はありましたか？ 症状 ()	はい	いいえ
③ 当クリニックでの予防接種後、他院で予防接種を受けましたか？ いつ () ワクチン名 ()	はい	いいえ

★ 質問、ご要望等あればご自由に記入してください。

医師 記載欄	問診の結果、本日の予防接種は【 可能 ・ 見合わせる 】 医師署名 安西 重義 (印)
-----------	--