

# 問診票

記入日 年 月 日

* 医師記入欄		
接種	可	不可
医師氏名		

\* 下記事項をボールペンで記入ください。

フリガナ			
氏名			
生年月日	大正・昭和・平成		
	年	月	日
住所	〒	—	
	行き先		
電話番号	—	—	
	勤務先		
		学校名	

今日の予防接種はなんですか?	破傷風・A型肝炎・B型肝炎日本脳炎・狂犬病・その他( )
----------------	------------------------------

## 質問事項

1	今までに予防接種を受けたことがありますか?(肺炎球菌も含む) * 肺炎球菌のワクチンを接種された方へ、いつ接種されましたか?	はい	いいえ
2	1ヶ月以内に次の予防接種を受けたことがありますか? 該当する接種に○を付けてください。 はしか・破傷風・インフルエンザ・おたふくかぜ・A型肝炎・B型肝炎・風疹・その他( )	はい	いいえ
3	今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? * あった場合、予防接種名( )	あった	なかった
4	現在(または、病院へ行く前の)体温は?	( )度	( )分
5	現在または1週間以内に病気にかかりましたか?	はい	いいえ
6	現在、鼻水や咳、または下痢はしていませんか?	はい	いいえ
7	現在、湿疹等の症状はありますか?	はい	いいえ
8	卵や牛乳、薬でじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか?	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人がいますか?	はい	いいえ
10	今までに特別な病気(心臓・血管・血液・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか?	はい	いいえ
11	喘息が出やすいですか?	はい	いいえ
12	病後で体が弱っていますか?	はい	いいえ
13	けいれんを起こしたことがありますか?	はい	いいえ

医師の記入欄
以上の問診及び予診の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)
医師のサイン
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 ) 本人または家族のサイン

使用ワクチン Lot No.	用法・用量	接種場所・接種日時
	mL	医療機関名: はりまクリニック 接種日時: 年 月 日 時 分