

**< 予防接種問診票 >**

【 成人用 】

氏 名	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳
住 所			

※ 太枠内を記入し、受診当日にお持ちください。

診察前の体温	℃
--------	---

質問事項	回答欄	医師記入欄
① 今日からだに具合のわるいところがありますか？ ・ 具合の悪い症状を記入してください。 ( )	はい    いいえ	
② 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ ・ 病名 ( )	はい    いいえ	
③ 1ヶ月以内に家族や友人が麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの病気の人がいきましたか？ ・ 病名 ( )	はい    いいえ	
④ 最近1ヶ月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 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症状・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も良いといわれましたか？ (上記ではいと答えた方)	はい    いいえ	
⑥ ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ (                      才頃) ・ その時熱がでましたか？	はい    いいえ	
⑦ 医薬品や薬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	
⑧ 卵やゼリー、グミ（ゼラチン）を摂取して具合が悪くなりますか？	はい    いいえ	
⑨ ご家族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	
⑩ これまでに予防接種を受け具合が悪くなったことがありますか？ ・ その予防接種の名前 ( )	はい    いいえ	
⑪ ご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	
⑫ 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（注）の注射を受けましたか？	はい    いいえ	
⑬ 現在、妊娠の可能性はありますか？	はい    いいえ	
⑭ 今日の予防接種についてのご質問はありますか？	はい    いいえ	

<b>確認者</b>	<b>医師</b>	以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は <b>可能 ・ 見合わせる</b>	【医師サイン】
	<b>受診者</b>	問診の結果を聞いて、本日の下記の予防接種を受けますか？ <b>受ける ・ 見合わせる</b>	【本人サイン】※必須です

使用ワクチン名/Lot. No	接種量	使用ワクチン名/Lot. No	接種量	使用ワクチン名/Lot. No	接種量	使用ワクチン名/Lot. No	接種量
【ワクチン名】		【ワクチン名】		【ワクチン名】		【ワクチン名】	
【Lot. No.】	ml	【Lot. No.】	ml	【Lot. No.】	ml	【Lot. No.】	ml

実施場所	医師名	接種年月日
		平成    年    月    日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A型肝炎等の感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

薬剤師名	接種
	可 ・ 不可