

# 任意予防接種問診票

B型肝炎 (接種 回目) 狂犬病(ラビピュール) (接種 回目)  
ロタテック (接種 回目) 帯状疱疹(シングリックス) (接種 回目)  
ロタリックス (接種 回目) 三種混合ワクチン (接種 回目)  
水痘/帯状疱疹(生) (接種 回目) おたふくかぜ (接種 回目)  
インフルエンザ (接種 回目) 他( ) (接種 回目)

記入日: 令和 年 月 日 来院時の体温 \_\_\_\_\_ °C

氏名 \_\_\_\_\_ 保護者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和/平成/令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

住所 \_\_\_\_\_

電話番号( ) - \_\_\_\_\_

- |   |        |
|---|--------|
| 1. 本日具合のわるいところがありますか?   | はい・いいえ |
| 2. 現在健康状態で心配なことはありますか?<br>( )                                     | はい・いいえ |
| 3. 現在何か病気にかかっていますか?<br>病気の名前 ( )                                  | はい・いいえ |
| 4. 1ヶ月以内になにか病気にかかりましたか?<br>はい( )・いいえ                              | はい・いいえ |
| 5. 1ヶ月以内に周囲で水痘・おたふく・麻疹・風疹にかかった方がみえますか?                            | はい・いいえ |
| 6. これまでに特別な慢性の病気にかかったことはありますか?<br>病気の名前 ( )                       | はい・いいえ |
| 7. 過去 27 日間以内に予防接種(ワクチン)をうけましたか?<br>いつ( ) 予防接種名( )                | はい・いいえ |
| 8. これまでに予防接種で具合が悪くなったことはありますか?<br>いつ( ) 予防接種名( )                  | はい・いいえ |
| 9. 現在何か薬を使用していますか?<br>薬の名前 ( )                                    | はい・いいえ |
| 10. 出生時/検診時に問題点を指摘されたことはありますか?                                    | はい・いいえ |
| 11. 今までに「けいれん・ひきつけ」をおこしたことはありますか?<br>いつ頃 ( )                      | はい・いいえ |
| 12. 薬や食品で発疹がでたり、下痢をしたことはありますか?                                    | はい・いいえ |
| 13. 近親者に免疫不全と診断された方や予防接種をうけて具合が悪くなった方はみえますか?<br>はい・いいえ            | はい・いいえ |
| 14. 【女性の方】現在妊娠していますか?妊娠の可能性はありますか?<br>生ワクチン接種後は2ヶ月間の避妊が必要になります 了解 | はい・いいえ |

【医師 記載欄】 以上の問診と診察の結果、今日のワクチンの接種は 可能 ・ 不可

【ワクチン実施場所】 河渡こどもクリニック 【実施医師】 村木敬行 【医師署名欄】

【ワクチン接種日】 令和 年 月 日

HBV・ロタウイルス・水痘/帯状疱疹・おたふく・麻疹/風疹・インフルエンザ・13 価肺炎球菌・DPT・  
帯状疱疹(不活化)・髄膜炎菌・狂犬病・その他( )

【ロット番号貼付位置】