

予 防 接 種 問 診 票

下の太枠部分に記入または○で囲んでください。

		診察前体温	℃
予防接種を受ける 方の氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
	代理人の氏名	生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R
住所	市・町		年 月 日(歳)
希望接種名	A 型肝炎 ・ B 型肝炎 ・ 破傷風 ・ 風疹 ・ おたふく風邪 ・ ()		
		電話番号	()

1. 1 か月以内に何か予防接種を受けたことがありますか？ ある場合は予防接種名 ()	ある	ない
2. 現在、湿疹などの皮膚の病気がありますか？	ある	ない
3. 現在、下痢をしていますか？	はい	いいえ
4. 現在、なにかの病気で医療機関にかかっていますか？ ある場合は病名 ()	はい	いいえ
5. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？ ある場合： _____ 歳頃	ある	ない
その時に熱は出ましたか？	はい	いいえ
6. 薬を飲んで皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？	ある	ない
7. 食べ物を食べて皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？	ある	ない
8. じんましんや湿疹が出やすいですか？	はい	いいえ
9. 今まで受けた予防接種で具合が悪くなったことがありますか？ ある場合は予防接種名 ()	ある	ない
10. 今までに何か大きな病気にかかったり、医師に診察を受けたことがありますか？ 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とい 言われましたか？	はい	いいえ
11. (女性限定)現在、妊娠していますか？	はい	いいえ
12. 私は本予防接種を受けることに同意します。(右欄にサインをお願いします)		

医 療 機 関 記 入 欄	希望の予防接種は (可能である ・ 接種しないほうが良い)		
	医師サイン		
	使用ワクチン名	摂取量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
	Lot.No	(皮下接種) 0.5m l	実施場所 医師名 接種年月日
		湘南東部クリニック 令和 年 月 日	