

ワクチンの予防接種問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男	昭・平・令	(歳)
氏名		女	年	月 日生
保護者氏名		電話		

下の質問事項のあてはまるところに記入、または、○でかこんでください。

なお、※印のところは記入しないでください。

	質 問	記 入 欄
1	今までの健康状態について イ) 現在何か病気にかかっていますか。 あれば、その病名。	1、健康と思う 2、病気にかかっている (病名)
	ロ) 薬や食物などに過敏なことがありましたか。	1、ない 2、ある ()
	ハ) 最近1年以内にけいれん (ひきつけ) を 起こしたことがありますか。	1、ない 2、ある ()
2	最近1ヶ月以内に予防接種を受けたことがありますか。 あれば、その種類と日付け。	1、ない 2、ある [月 日]
3	今までに予防接種を受けて変わったことがありましたか。	1、ない 2、ある ()
4	1ヶ月以内にはしか、水痘、おたふくかぜ等にかかっている人に接触したことはありませんか。	1、ない 2、ある ()
5	現在妊娠していますか。(成人女性のみ)	1、していない 2、している ()
6	その他、今、特に変わったことはありませんか。	1、ない 2、ある ()
※	予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか。(はい いいえ)	
	保護者サイン _____ 体温 _____ 度 _____ 分	
	医師の所見	接種は 適 不適
	接種日	平成 年 月 日
ワクチン製造No.	Lot.	接 種 ワクチン ml 皮下注 左・右