

# ■ 予防接種問診票 ■

住所	市	区・町・村	〒	☎( )	(携帯)	—	—
氏名	保護者名(未成年の場合)			大正・昭和・平成 年 月 日生まれ ( 歳 か月)			

<b>本日、接種を希望されるワクチン</b> 1、ポリオ (1回目・2回目)、追加 2、DPT,DT [ジフテリア,百日咳,破傷風] 1期(1回目・2回目・3回目・追加)、2期、追加 3、Hib[ヒブ;インフルエンザ桿菌]: 初回(1回目・2回目・3回目)、追加 4、肺炎球菌[小児用、PCV7、プレベナー]: 初回(1回目・2回目・3回目)、追加 5、日本脳炎 1期(1回目・2回目・追加)、2期、追加 6、A型肝炎 (1回目・2回目)、追加( ) 7、B型肝炎 (1回目・2回目)、追加( ) 8、破傷風:(1回目・2回目・追加)、追加 9、狂犬病: 基礎(1回目・2回目・追加)、追加( )	10、麻疹(はしか)、風疹(三日ばしか)、MR 定期(1期、2期、3期、4期)、追加 11、おたふくかぜ[ムンプス・耳下腺炎] 12、水痘[水ぼうそう/带状疱疹] 13、子宮頸癌(1回目・2回目・追加) 14、肺炎球菌[成人用] 15、ツベルクリン/BCG 16、インフルエンザ;(1回目・2回目)
--	--

海外渡航や留学のため接種される方は、下記にお答えください。  
 ●海外渡航の理由をお聞かせください(当てはまるものに○を付けてください)  
**【留学・研修・ワーホリ・転勤・出張・旅行・移住・帰国・一時帰国・親族友人訪問】**  
 年 月から、約 年[月・週・日]間: 渡航先[ ]

①今朝の体温は、何℃でしたか。	℃
②1カ月以内に予防接種を受けたことがありますか。 ワクチン[ ]	ある   ない
③1カ月以内に、麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘に罹りましたか。 または2週間以内に、それらの患者さんと接触したことはありますか。	ある   ない
④現在、病気で医師にかかっていますか。 病名[ ]	ある   ない
⑤今までに、痙攣(ひきつけ)を起こしたことはありますか。 歳頃、今までに 回	ある   ない
⑥卵を食べて発疹(ポロ)が出たり、下痢をしたことがありますか。	ある   ない
⑦卵または食品アレルギーと言われたことがありますか。 卵・その他[ ]	ある   ない
⑧薬で唇が腫れたり、皮膚に発疹が出たことがありますか。 薬品名[ ]	ある   ない
⑨心臓・肝臓・腎臓などの病気や川崎病に罹りましたか。 病名[ ]	ある   ない
⑩今までに、予防接種で副反応が出たことはありますか。 ワクチン[ ]	ある   ない
⑪家族や兄弟または親戚に、予防接種で具合の悪くなった人はいますか。	ある   ない
⑫6カ月以内に、輸血やガンマグロブリンの注射を受けましたか。	ある   ない
⑬今日の体調はいかがですか。具合の悪いところはありますか。 何処[ ]	ある   ない

医師	問診・診察をして接種の効果・副反応・健康被害救済について説明した。	医師記名・押印
記入欄	本日の接種は、【可・否】: ワクチン名[ ]	平林靖高 印
本人または保護者	医師の診察を受け、接種の効果や目的および副反応の可能性について説明を受け理解しました。予防接種健康被害救済制度についても理解しました。	サイン
記入欄	今日の予防接種を希望しますか。【希望します・見合わせます】	

使用ワクチン	Lot. No.	接種量	
		ml	
		ml	
		ml	
		ml	



接種年月日	平成 年 月 日
接種場所	<b>ひばりがおか</b> <b>こどもアレルギークリニック</b> 名古屋市昭和区広路町字雲雀ヶ岡6番の3