

予防接種問診票(自費接種)

記入日 年 月 日

お名前

■希望する予防接種名に☑と回数を入れてください

年齢	歳	か月	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ[]回目	<input type="checkbox"/> DTP-IPV(4種混合)1期[]回目/追加
			<input type="checkbox"/> 日本脳炎1期[]回目/追加	<input type="checkbox"/> DTP-IPV-Hib(5種混合)1期[]回目/追加
来院時体温	度	分	<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹)1期/2期	<input type="checkbox"/> BCG
			<input type="checkbox"/> B型肝炎[]回目	<input type="checkbox"/> ヒブ[]回目/追加
			<input type="checkbox"/> DT(ジフテリア・破傷風)	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌[]回目/追加
			<input type="checkbox"/> DTP(ジフテリア・破傷風・ポリオ)	<input type="checkbox"/> ロタ[]回目
			<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ[]回目
			<input type="checkbox"/> その他[]	

以下の項目についてお答えください

今日受けられるワクチンの説明書をお読みになり理解されましたか	はい	いいえ	
出生体重 []g			
分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳幼児健診で異常があると言われたことがありますか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください[]	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名[]	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の方はいましたか 病名[]	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類[]接種日(月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全・その他の病気にかかり、 医師の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先生に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか []歳頃 その時熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品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	
近親者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	
これまでに予防接種を受けて具合がわるくなったことがありますか 予防接種名[]	はい	いいえ	
近親者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	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
ロタウイルスワクチンご希望の方:下痢をしていますか	はい	いいえ	
インフルエンザワクチンをご希望の方:卵アレルギーがありますか	はい	食べたことがない	いいえ

医師記入欄

スタッフ記入欄

所見及び指示【実施できる・見合わせる理由:】

使用ワクチンLot.No

接種部位

【 】

【皮下・筋注】

接種量

【右・左】

医師のサイン _____

【 ml】

【上腕・大腿】

うらちるクリニック

接種年月日【 年 月 日】