

ぐんぐんキッズクリニック 予防接種問診票

(当院チェック欄)

(予防接種当日に太枠内の該当項目に記入、もしくは○で囲んで下さい。)

住所	堺市 区	TEL () -				
(フリガナ) 受ける子どもの 氏名	男 女	生年月日	H・R ()	年 月 日生 (歳 か月)	保護者の 氏名	
生まれた時の状況	体重	グラム	分	娩	：	正常・異常 ()

接種希望 ワクチン	5種混合 ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタウイルス ・ BCG ・ ヒブ ・ 4種混合
	MR混合 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 ・ 2種(DT) ・ 子宮頸がん ・ その他 ()

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	いいえ	はい	
2. 今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いて下さい。()	はい	いいえ	
3. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 (病名) かかった日(月 日頃)	はい	いいえ	
4. 4週間以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種名:)	はい	いいえ	
5. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の 病気)にかかり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医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
6. 今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
7. たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発しんがでたり、下痢をしたことがありますか。 (歳頃)	はい	いいえ	
今、食べていますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食品で皮ふに発しんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 (種類)	はい	いいえ	
9. じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそくなどアレルギー性の病気がありますか。	はい	いいえ	
10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。(予防接種名)	はい	いいえ	
11. 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
12. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう) などの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
13. 家族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	
14. 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。(注)	はい	いいえ	
15. 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか。 (BCGワクチンを接種される方のみ)	はい	いいえ	
16. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

17. 予防接種についての説明を読み、予防接種の効果・目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解し、
病歴・健康状況・接種当日の体調を考慮したうえで、
接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んで下さい。
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 **保護者サイン**
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

(注)ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防や治療、川崎病の治療を目的として注射されることがあり、この注射を6か月以内に受けた方は生ワクチン(麻しん・風しん・おたふくかぜ・みずぼうそう等)の効果が出ないことがあります。

医師の記入欄	診察前の体温	度	分
診察所見・その他の特記事項 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (<input type="checkbox"/> 実施できる ・ <input type="checkbox"/> 見合わせた方がよい) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応について、説明をしました。			
	医師名		

LOTシール	接種部位	接種量	LOTシール	接種部位	接種量
シール	経口	1.5ml / 2.0ml	シール	左上腕	規定量を経皮接種
シール	右上腕かた側	0.25 / 0.5ml	シール	左上腕かた側	0.25 / 0.5ml
シール	右上腕ひじ側	0.25 / 0.5ml	シール	左上腕ひじ側	0.25 / 0.5ml

接種年月日

令和 年 月 日

医師名