

おたふく 予防接種 問診票

* 予防接種事故防止のため、保護者が責任を持って記入してください。

年 月 日 診察前の体温 度 分

住 所	市			
ふりがな	-----			
受ける人の氏名	男女	電話		
保護者の氏名	生年月日	年 月 日 (満 歳 日)		

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません) 保護者のサイン
この予診票(問診票)は予防接種の安全性の確保を目的としています。

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日の予防接種は(1・2) 回目 前回のおたふくワクチン接種は、平成 年 月 日		
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() いつ(月 日)	はい いいえ	
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() いつ() 症状()	あ る な い	
今日体に具合の悪いところがありますか (熱、咳、下痢、不機嫌)	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か月以内に家族や遊び仲間に 麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなど の病気の方がいましたか だれが() 病名()	はい いいえ	
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、喘息、アレルギー、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	はい いいえ	
その病気を診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	
分娩時あるいは出生後、乳児健診などで異常があるといわれたことがありますか 病名又は症状() 出生体重()g	あ る な い	
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	
その時に熱がでましたか	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、体調が悪くなったことがありますか どんな薬、食品で() いつ(年 月頃)	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	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか だれが() 予防接種名()	はい いいえ	
ごきょうだいの中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	
今日の予防接種について質問がありますか 具体的に()	はい いいえ	

医師の記入欄

医師サイン

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
保護者に対して、予防接種の結果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について、説明をした

使用ワクチン	おたふく ワクチン	医療機関名
メーカー名		立川相互病院附属 子ども診療所
ロット No.		
接種量	0.5ml (皮下接種)	