予防接種問診票

下の表のあてはまるところに記入または〇で囲んでください。

予防接種を受ける方の氏名	フリガナ	診察前体温	度　分	
		男・女	生年月日	
			M・T・S・H・R	
代理人の氏名			年　月　日（　歳）	
住所・電話番号			TEL:　－　－	
希望要望接種名	A型肝炎 ・ B型肝炎 ・ 破傷風 ・ 風疹 ・ 麻疹 ・ おたふくかぜ ・（　）			

1.	1ヵ月以内に何か他の予防接種を受けたことがありますか。 ある場合の予防接種名（　）	ある	ない
2.	今、湿疹などの皮膚の病気がありますか。	ある	ない
3.	今、下痢をしていますか。	はい	いいえ
4.	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 かかっている病名	はい	いいえ
5.	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。 ある場合:＿＿＿＿才頃	ある	ない
	そのとき熱が出ましたか。	ある	ない
6.	薬を飲んで皮膚に発疹がでたり具合が悪くなったことがありますか。	ある	ない
7.	食べ物を食べて皮膚に発疹がでたり具合が悪くなったことがありますか。	ある	ない
8.	じんましんや湿疹ができやすい方ですか。	はい	いいえ
9.	今までに受けた予防接種で具合が悪くなったことがありますか。 ある場合の予防接種名（　）	ある	ない
10.	今までに何か大きな病気にかかったり、医師に診察を受けたことがありますか。	ある	ない
	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言われましたか。	はい	いいえ
11.	現在、妊娠していますか。	はい	いいえ

接種する ・ 接種しない　医師サイン　：＿＿＿＿＿＿＿＿

接種する ・ 接種しない　本人または代理人サイン：＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日	
	（皮下接種）	実施場所	湘南東部総合病院
		医師名	
Lot No	0.5ml	接種年月日	令和　年　月　日