

おたふくかぜ予防接種 問診票

接種日 年 月 日

氏名 _____

生年月日 H・S 年 月 日

質問事項	診察前体温	度 分
	回答欄	医師記入欄
1) あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重()g 出生時に異常がありましたか？ 出生後に異常がありましたか？ 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 はい・いいえ ある・ない	
2) 今日には体に具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いてください。 ()	はい・いいえ	
3) 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名()	はい・いいえ	
4) 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹(はしか)、風疹、水痘 (みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？ 病名()	はい・いいえ	
5) 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名()	はい・いいえ	
6) 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、免疫不全症、など)にかかり医師に診察を受けて いますか？ 病名() 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 良いと言われましたか？	はい・いいえ はい・いいえ	
7) ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか？ ()歳頃 その時に熱がでましたか？	はい・いいえ はい・いいえ	
8) 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	
9) お子さん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	
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はいますか？	はい・いいえ	

医師記入欄 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)	医師のサイン
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか？ (はい・見合わせます)	保護者のサイン