

# 水痘(みずぼうそう)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	
	回答欄	度 分 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 出産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