

流行性ウイルス疾患ワクチン接種/予診のための問診票

接種前に受診日・氏名・所属・連絡先・接種するワクチンの種類・体温・質問事項の欄をあらかじめ記載しておいてください。

受診日	平成	年	月	日	診察前の体温	度	分
受診者氏名					住所		
本日接種するワクチンの種類					電話		

質問事項 (必要な所に○をつけ、内容を記入してください)	解答欄		医師記入欄
1. 接種を受けられる方が女性の場合 1) 今、妊娠しているあるいは妊娠している可能性はありますか 2) 接種後、2ヶ月間は避妊の必要性について理解しましたか	はい いいえ	いいえ はい	
2. ワクチン接種にあたっての注意文を読みましたか	いいえ	はい	
3. ワクチン接種後の基本的な注意事項は理解しましたか	いいえ	はい	
4. 最近4週間以内に何か予防接種を受けましたか	うけた ワクチン名:	うけていない	
5. 最近6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	うけた いつ: 理由:	うけていない	
6. 今までに予防接種、薬、食品でアナフィラキシー(呼吸苦や血圧低下)という重いアレルギー反応をおこしたことがありますか	ある	ない	
原因:			
7. 今までに予防接種、薬、食品で蕁麻疹や発疹が出たり、体の具合の悪くなったことがありますか	ある	ない	
原因:			
8. 今日はふだと違って具合の悪いところがありますか	ある	ない	
内容:			
9. 今、何か病気にかかっていますか	はい 病名:	いいえ	
10. 今、何か治療(投薬)をうけていますか	はい 治療内容: 薬品名:	いいえ	
11. 最近1ヶ月以内に病気にかかったことがありますか	ある 病名:	ない	
12. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍など)として医師の診断を受けたことがありますか	ある いつ: 病名:	ない	
13. 9、10、11、12の場合、かかりつけ医に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	いいえ 聞いていない	はい	
14. 最近1ヶ月以内に家族あるいは周りの方で麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった人がいますか	いる 誰: 病名:	いない	
15. けいれんやひきつけを起こしたことがありますか けいれんについて現在、治療を受けていますか ひきつけ(けいれん)をおこした時に熱はでましたか	ある 最後はいつ: はい いいえ でなかった	ない でた	
16. 家族の中で予防接種で具合の悪くなった人はいますか	いる	いない	
17. 今日の予防接種について、何か質問がありますか	ある 内容:	ない	

<医師の記入欄>
 以上の問診の結果、今日の予防接種は、可能・見合わせる と判断する。
 医師のサイン:

予診の結果より、今日の予防接種を、受けます・見合わせます
 自署できない場合は代理人が署名し、続柄も記載してください。 本人のサイン:

<医師の記入欄> かがやきクリニック川口

使用ワクチン名:	接種部位	実施医師名:
Lot No:	左・右上腕伸側部	
最終有効年月日 平成 年 月 日		接種年月日 平成 年 月 日

記載頂いた個人情報(氏名、住所、電話番号)はワクチン接種の予診に関してのみ使用し管理いたします。