

ID	☆太枠の中のみ記入してください。	診察前の体温		度	分
住所	電話 ()		—		
受ける人の氏名	男・女	生年月日	S・H・R	年	月 日生
(保護者の氏名)			(満	歳	ヶ月)

質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)		回答欄		医師記入欄
1	今日体に具合の悪いところがありますか 症状()	はい	いいえ	
2	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()月 日～ 月 日)	はい	いいえ	
3	1ヶ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 病気の人がありましたか 病名()月 日～ 月 日)	はい	いいえ	
4	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()月 日)	はい	いいえ	
5	今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全等) で医師の診察を受けていますか 病名()歳 ヶ月頃)	はい	いいえ	
	その医師に予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ	
6	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか()歳 ヶ月頃)	はい	いいえ	
	その時熱がでましたか	はい	いいえ	
7	薬や食品(特に卵、ゼラチン等)で皮膚に発疹やじんましんが出たり具合が 悪くなったことがありますか 薬や食品名()症状()	はい	いいえ	
8	今までに予防接種で具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()症状()	はい	いいえ	
9	6ヶ月の間に輸血かガンマグロブリンの投与をうけたことがありますか	はい	いいえ	
10	今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

【お子さんの場合】(発育歴についてお尋ねします)			
① 出生体重()g	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ
	出生後に異常がありましたか	はい	いいえ
② 乳児検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

【女性の場合】現在妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ
--------------------------	----	-----

医師の記入欄	医師のサイン
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)	若月 準

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせる)
成人(本人もしくは代理人のサイン)
小児(保護者のサイン)

使用ワクチン名:	実施場所: 若月子どもとアレルギーのクリニック
Lot No. :	医師名: 若月 準
接種量: 0.25ml 0.5ml	接種年月日: 令和 年 月 日