

カルテ No.

ワクチン問診票

年 月 日

★患者さんへ:ワクチンにご記入ください。

★お子さんの場合は、健康状態を良く把握されてる保護者にご記入ください。

診察前の体温	度	分	(時	分)
--------	---	---	---	---	----

★ご希望のワクチンを○で囲んでください。

アクトヒブ、小児用 13 価肺炎球菌、BCG、不活化ポリオ、A型肝炎(輸入)、B型肝炎、麻疹・風疹(MR)混合、水ぼうそう、おたふくかぜ、風疹、日本脳炎、2 種混合(DT)、3 種混合(DPT, Tdap)、4 種混合(DPT-IPV)、インフルエンザ(国産注射、輸入鼻スプレー)、ロタ(ロタリックス、ロタテック)、狂犬病(輸入)、破傷風 HPV(ガーダシル、サーバリックス)、()

〒() 住所:	電話() -
受ける人の名前(ふりかな):	() 男 女
生年月日(昭和 平成) 年 月 日 (満 歳 ヶ月)	
(保護者の氏名)	

質 問 事 項(○で囲むか記入してください)

このワクチンについて質問がありますか?	はい	いいえ	
今日の体調はいかがですか?	悪い	普通	
いま薬を飲んでますか?(薬名:)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に病気にかかりましたか?(病名:)	はい	いいえ	
1ヶ月以内にワクチンを受けましたか?(ワクチン名:)	はい	いいえ	
喘息、心臓、肝臓、腎臓、筋肉、神経など病気になったことがありますか?	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血、点滴、ワクチン以外の注射を受けましたか?	はい	いいえ	
これまでワクチンで具合が悪くなったことがありますか?	はい	いいえ	
入院あるいは、けいれん(ひきつけ)の経験がありますか?	はい	いいえ	
食事や薬で体に発疹がでたことがありますか?(原因:)	はい	いいえ	
身近に免疫不全の方がおられますか?(病名:)	はい	いいえ	
現在、妊娠している可能性がありますか?(女性の場合)	はい	いいえ	

医師記入欄	問診、診察の結果、この予防接種は(可能です 延期します)
	医師サイン

ワクチンは病気を 100%確実に予防できない場合もあることを理解して、ワクチンを受けますか? (はい 延期します)	
本人または保護者のサイン	続柄(本人 父 母)

使用ワクチン Lot 番号	接種量(ml)	実施場所 医師名
		東京都渋谷区東 2-24-4 荒井ビル 4F たからぎ医院 宝樹真理 印 接種日(H 年 月 日)