

予防接種 問診票

大阪市立総合医療センター

令和 年 月 日
(西暦 年 月 日)

氏名		大 昭 平 令 年 月 日生 (西暦 年 月 日)
1. 4週間以内に下記の予防接種をうけたことがありますか。 BCG、麻しん（はしか）、風しん、麻しん・風しん（MR）、水ぼうそう、おたふくかぜ、黄熱	ある	ない
2. 2週間以内に上記以外の予防接種を受けたことがありますか。 種類（ ）	ある	ない
3. 今日、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。 ()	ある	ない
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。()	はい	いいえ
(はいと答えた方)	はい	いいえ
・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。()	はい	いいえ
・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ
5. 1年以内にけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある	ない
6. 今までに受けた予防接種で具合が悪くなったことがありますか。あれば、その種類を書いてください。(予防接種名)	ある	ない
7. くすりを飲んで皮膚に発疹ができたことがありますか。	ある	ない
8. 鶏卵を食べて、皮膚に発疹ができたり、下痢をしたことがありますか。	ある	ない
9. 下記にあげたような体質の異常がありますか。あれば○をしてください。 アレルギー・てんかん・ぜんそく・湿疹・じんましん・花粉症	ある	ない
10. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか。病名（ ）	はい	いいえ
(はいと答えた方) それはいつ頃ですか。(年 月頃)	—	—
11. 女性の方に質問します。現在妊娠していますか。	はい	いいえ
12. 1カ月以内に家族や遊び友達や職場等の身近な人に、麻疹（はしか）・風しん・水とう（水ぼうそう）・おたふくかぜなどの病気の人がいいましたか。	ある	ない
13. 家族に、予防接種を受けて具合が悪くなったことがある人がいますか。	ある	ない
14. その他何か身体の具合の悪いことがあれば書いてください。 ()	ある	ない
15. 予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか。(はい ・ いいえ) 本人署名 _____ 保護者署名 _____ 接種を受ける方が18歳未満の場合		

※医師記入欄

診察所見・その他特記事項	体温測定 _____ 度 _____ 分
医師判定 (可 ・ 否)	医師名 _____