

< 予防接種問診票 >

氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	()歳
住所						

※ 太枠内を記入し、受診当日にお持ちください。

接種前体温

℃

質問事項		回答欄		医師記入欄
①	今日からだに具合のわるいところがありますか？ ・具合の悪い症状を記入してください。()	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()	はい	いいえ	
③	1ヶ月以内に家族や友人が麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの病気の人がいましたか？ ・病名()	はい	いいえ	
④	最近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	
⑤	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・免疫不全症状・その他の病気)にかかり診察を受けていますか？ ・病名()	はい	いいえ	
	・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も良いといわれましたか？ (上記ではいと答えた方)	はい	いいえ	
⑥	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？()才頃) ・その時熱がでましたか？	はい	いいえ	
⑦	医薬品や薬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	
⑧	卵やゼリー、グミ(ゼラチン)を摂取して具合が悪くなりますか？	はい	いいえ	
⑨	ご家族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具合が悪くなったことがありますか？ ・その予防接種の名前()	はい	いいえ	
⑪	ご家族の中に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい	いいえ	
⑫	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射をうけましたか？	はい	いいえ	
⑬	現在、妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ	
⑭	今日の予防接種についてのご質問はありますか？ 質問内容()	はい	いいえ	

確認者	医師	以上の問診・診察の結果、本日の予防接種は 可能 ・ 見合わせる	【医師署名又は記名押印】
	受診者	問診の結果を聞いて、本日の下記の予防接種を受けますか？ 受ける ・ 見合わせる	【本人署名】※必須です

使用ワクチン名/Lot.No	接種量	使用ワクチン名/Lot.No	接種量	使用ワクチン名/Lot.No	接種量	使用ワクチン名/Lot.No	接種量
【ワクチン名】	ml	【ワクチン名】	ml	【ワクチン名】	ml	【ワクチン名】	ml
【Lot.】	接種部	【Lot.】	接種部	【Lot.】	接種部	【Lot.】	接種部
【期限】		【期限】		【期限】		【期限】	

実施場所	医師名(署名または記名押印)	接種年月日
愛知県長久手市岩作雁又1-1 愛知医科大学病院 ワクチン外来		令和 年 月 日

(注)BCG以外の生ワクチンの場合、過去に輸血やガンマグロブリンの投与を受けているとこれらに含まれる中和抗体によりワクチンウイルスが中和されてしまい効果が減衰する可能性がある。そのため、通常の輸血やガンマグロブリン投与の場合は3ヶ月、大量ガンマグロブリン(200 mg/kg以上)の場合は6ヶ月以上(麻疹ワクチンの場合、麻疹感染の危険性が低い場合は11ヶ月以上)の間隔をおくこととされている。