

浦岡小児科 同時接種用問診票 ( ロタ ・ B 肝 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ その他 ( ) 医療機関控

(予防接種当日に太枠内の該当項目に記入、もしくは○で囲んでください。)

住所			TEL			
フリガナ			男	生年	平成	年 月 日
受ける人の氏名			女	月日	(満	歳 か月)
受ける人の生まれた時	体重	グラム	分娩：異常なし・異常あり ( )		保護者氏名	

質問事項	回答欄		医師記入欄
0 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
1 今日、お子さんは身体のぐあいの悪いところがありますか。それはどんな状態ですか。( )	はい	いいえ	
今日、下痢をしていますか。	はい	いいえ	
2 最近、1か月以内に病気やケガでお医者さんにかかりましたか。 病名( ) 時期( ~ )	はい	いいえ	
3 生まれてから今までに、先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、その他の病気、お医者さんにかかりましたか。 病名( ) 時期( ~ )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
生まれてから今までに、明らかな発熱、下痢、頬や舌に白っぽい点々が出るなどの症状を繰り返したり、病気にかかる通常の回復期間より長引くようなことがありましたか。	はい	いいえ	
4 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。 回数( )、最後におこした時期( ) その時に熱はでましたか。( 度 分)	はい	いいえ	
5 くすりや食べ物で皮ふに発疹やじんましんが出たり、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
たまご又はその加工品を食べて、皮ふに発疹が出たり、下痢をしたことがありますか。	はい	いいえ	
今、たまご又はその加工品を食べていますか。	はい	いいえ	
6 今までに保健福祉センターなどの乳幼児健診で健康上の注意を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
7 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類( )	はい	いいえ	
8 4週間以内に家族や遊び友だちに はしか・風しん・みずぼうそう・おたふくかぜなどの病気の人がいましたか。	はい	いいえ	
9 これまでに受けた予防接種で、身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 受けた予防接種の種類( ) それはどんな状態でしたか。( )	はい	いいえ	
10 近親者の中で予防接種を受けてぐあいが悪くなった人がいますか。	はい	いいえ	
11 近親者の中で先天性免疫不全症と診断された人はいますか。	はい	いいえ	
12 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい	いいえ	
13 その他お子さんのことや、今日の予防接種について質問がありますか。 具体的に( )	はい	いいえ	

医師記入欄	診察前の体温： 度 分
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせた方がよい ) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。	医師の署名または記名押印 浦岡 善英・中村 美奈子

14.保護者記入欄	
医師の診察を説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性に理解した上で、 接種することに ( 同意します ・ 同意しません ) この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。	保護者サイン(フルネームで記入)

接種 年月日	平成 年 月 日	実施場所・ 医師氏名	浦岡小児科 大阪市生野区中川東2-13-17 06-6754-0511 浦岡 善英 ・ 中村 美奈子
-----------	----------	---------------	---