

診察前の体温 度 分

住所		TEL()	—
ワガナ 接種を受ける人の氏名 (保護者の氏名)		男 生年 女 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳 カ月)
質問事項		回答欄	
1・子供の場合 分娩時、出生時、乳幼児健診で異常がありましたか		ある(具体的に)	ない
2・今日、ふだんと違い具合の悪いところがありますか		ある(具体的に)	ない
3・現在、何かの病気で医師にかかっていますか		はい(病名)	いいえ
4・最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか		はい(病名)	いいえ
5・最近1カ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、 おたふくかぜにかかった方がいますか		いる(病名)	いない
6・最近1カ月以内に予防接種を受けましたか		はい(予防接種名)	いいえ
7・今までに予防接種を受けて、具合が悪くなった事が ありますか		はい(具体的に)	いいえ
8・今までに特別な病気にかかり、医師の診断を受けた 事がありますか(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、 脳神経、免疫不全症、その他の病気)		はい(具体的に)	いいえ
9・今までにひきつけ(けいれん)をおこした事が ありますか		ある ごろ 回 最後は 年 月	ない
10・今までに気管支喘息と診断されたことがありますか		ある 年 月ごろ 現在治療中 治療してない	ない
11・薬や食品(鶏卵、鶏肉、その他)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事がありますか		ある(薬・食品)	ない
12・家族のなかに予防接種を受けて、具合が悪くなった 方はいますか		いる (予防接種名)	いない
13・近親者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
14・ご婦人の方に：現在、妊娠してますか		はい	いいえ
15・その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬など)			
医師の記入欄： 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・見合わせる) 医師の署名：			
予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか： (受けます・見合わせる) 署名(本人または保護者)：			
使用ワクチン	接種量	実施場所 ・医師名 ・接種日時	
		実施場所 医師名	
		日時 平成 年 月 日 時 分	