



どの種類のワクチンの接種をご希望ですか？該当する項目に☑印を付けてください。

A型肝炎 B型肝炎 破傷風 狂犬病 その他()

氏名		生年月日	M・T・S・H	年	月	日	日中の連絡先
----	--	------	---------	---	---	---	--------

本日の体温			℃
現在、具合の悪いところがありますか？ 病状 ()	ある	ない	
最近、1か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？ 病名 ()	ある	ない	
1か月以内に病気にかかったことがありますか？ 病名 ()	ある	ない	
今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？ いつ頃 ()	ある	ない	
今までに心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全などの病気にかかったことがありますか？ 病名 ()	ある	ない	
薬や食品で発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか？ 薬剤名 () 食品名 ()	ある	ない	
これまでに予防接種を受けて発熱、発疹などの副反応が出たり具合が悪くなったことがありますか？ 接種名 ()	ある	ない	
1か月以内に他の予防接種を受けましたか？ 接種名 ()	ある	ない	
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンを受けましたか？	ある	ない	
アルコール消毒にアレルギーはありますか？	ある	ない	
《女性の方へ》			
現在、妊娠の可能性はありますか？	ある	ない	
現在、授乳中ですか？	ある	ない	
生ワクチン(風疹、麻疹、水痘、おたふくかぜ)の接種を希望される方へ 接種後2か月間は避妊が必要です。これを了承したうえで接種を希望されますか？	いいえ	はい	

医師記入欄
 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は 可能 見合わせる
 医師のサイン _____

予診の結果を聞いて、本日の予防接種を受けますか はい 見合わせます
 本人サイン _____

使用ワクチン	ロットNO.	接種日時	払出し確認 薬局 / 看護科
ワクチン名 ml		年 月 日 時 分	/

(切り取り線 ✕)

余白

(切り取り線)

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。