

こにし小児科・アレルギー科 同時接種用問診票  
(予防接種当日に太枠内の該当項目に記入、もしくは○で囲んで下さい)

住所：TEL	堺市 区	TEL ( ) -			
(フリガナ) 受ける子供の氏名	男 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 ( 歳 カ月)	保護者の氏名	

ロタウイルス	1回目・2回目	経口	MR(麻疹・風疹)	1期・2期	左・右
ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	左・右	水ぼうそう	1回目・2回目	左・右
肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	左・右	おたふく	1回目・2回目	左・右
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	左・右	日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期	左・右
4/5種混合	1回目・2回目・3回目・追加	左・右	DT(2種混合)		左・右
BCG		左			左・右

質問事項	回答欄		医師記入
①今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか？	いいえ	はい	
②今日、体の具合の悪いところがありますか？ あれば、その症状を書いてください( )	はい	いいえ	
③最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ (病名： ) かった日( 月 日頃)	はい	いいえ	
④4週間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出生時、異常がありましたか？ 出生体重( )グラム	はい	いいえ	
⑥今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、腎臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)にかかり診察を受けていますか？(病名： ) 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よいと言われましたか？	はい	いいえ	
⑦今までにけいれん、ひきつけを起こした事がありますか？( 歳頃) その時に熱は出ましたか？	はい	いいえ	
⑧たまご又はその加工食品を食べて皮膚に発疹が出たり、下痢をした事がありますか？( 歳頃)	はい	いいえ	
⑨薬品や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなった事がありますか？ (種類 )	はい	いいえ	
⑩じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそく等アレルギー性の病気がありますか？	はい	いいえ	
⑪これ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？(予防接種名： )	はい	いいえ	
⑫1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、おたふく風邪、水ぼうそう等の病気の方がいましたか？	はい	いいえ	
⑬家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	はい	いいえ	
⑭家族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	
⑮6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか？(注1)	はい	いいえ	
⑯今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	
⑰【B型肝炎ワクチン接種の方】母子感染予防として出生後にB型肝炎ワクチン接種を受けましたか？	はい	いいえ	
⑱【B型肝炎ワクチン接種の方】ラテックス過敏症ですか？(注2)	はい	いいえ	
⑲【ロタワクチン接種の方】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等の症状を繰り返したり、病気にかかると通常の回復期間より長引くような事がありましたか？	はい	いいえ	
⑳【ロタワクチン接種の方】今日、下痢をしていますか？	はい	いいえ	

(注1) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防や治療、川崎病の治療を目的として注射される事があり、この注射を6ヵ月以内に受けた方は、生ワクチン(麻疹・風しん・おたふく風邪・水ぼうそう等)の効果に十分でない事があります。

(注2) ラテックス製の手袋等の天然製ゴム製品を使用した時や、ラテックスと交差反応のある果物等(バナナ・栗・キウイ・アボカド・メロン等)によるアレルギー反応

医師の記入欄	★自宅での検温をお願いします★ 体温 °C
診察所見・その他の特記事項 以上の問診票及び診察の結果、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、副反応についてを説明しました。	
医師名 <u>小西 芳樹</u>	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応等について理解した上で、  
接種する事に( 同意します ・ 同意しません ) ※どちらかを○で囲んでください。  
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。  
このことを理解した上、本予診票が市町村に提出される事に同意します。 保護者サイン

医療機関名：こにし小児科・アレルギー科  
医師名：小西 芳樹 接種年月日：令和 年 月 日