

こにし小児科・アレルギー科 同時接種用問診票

住所:TEL	堺市 区	TEL() -			自
(フリガナ)口 受ける子供の 氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日生 (歳 ケ月)	保護者の 氏名	公
生まれた時の状況	体重	グラム	分娩: 正常・異常 ()		

ロタウイルス	1回目・2回目	4種混合	1回目・2回目・3回目・追加	日本脳炎	1回目・2回目・追加・2期
ヒブ	1回目・2回目・3回目・追加	MR	1期・2期		
肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・追加	水ぼうそう	1回目・2回目		
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	おたふく	1回目・2回目		

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カ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、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よいと言われましたか?	はい	いいえ	
⑥今までに、痙攣・ひきつけを起こした事がありますか?(歳頃) その時に熱がでましたか?	はい	いいえ	
⑦たまご又はその加工食品を食べて、皮膚に発しんが出たり、 下痢をした事がありますか?(歳頃)	はい	いいえ	
⑧薬品や食品で皮膚に発しんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか? (種類)	はい	いいえ	
⑨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	
⑩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	
⑪家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか?	はい	いいえ	
⑫1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん・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? (病名:)	はい	いいえ	
⑬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	
⑭6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?(注1)	はい	いいえ	
⑮今日の予防接種について質問がありますか?	はい	いいえ	
⑯【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たことがありますか?	はい	いいえ	
⑰【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	
⑱【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など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	
⑲【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ヶ月以内に受けた方は、生ワクチン(麻しん・風しん・おたふく風邪・水ぼうそう等)の効果が十分にでない事があります。

(注2)ラテックス製の手袋等の天然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・キウイフルーツ・アボガド・メロン等)によるアレルギー反応

医師の記入欄 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、副反応について説明をしました。 <p align="center"><u>医師名</u></p>	体温 °C
--	----------------------------

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、接種することに(**同意します・同意しません**)※かっこないのどちらかを○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。
 このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者サイン

接種部位と摂取量(LOTシールを貼ってください)						医療機関名:こにし小児科・アレルギー科 大阪府堺市西区津久野町1-20-1 津久野メディカビル2F TEL:072-349-6100 医師名:小西芳樹 接種年月日:平成 年 月 日
シール ヒブ	右・左	0.5ml	シール ロタ	経口	1.5ml	
シール 肺球	右・左	0.5ml	シール B型	右・左	0.25ml	
シール	右・左	ml	シール 4混	右・左	0.5ml	
シール 自費	右・左	ml	シール 自費	右・左	ml	