# 予防接種問診票

おたふくかぜ 1 回目　2 回目 ・ 水痘 1 回目　2 回目 ・ ロタ 1 回目　2 回目　3 回目

B 型肝炎 1 回目　2 回目　3 回目 ・ インフルエンザ 1 回目　2 回目

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな<br>お名前 | 体温　　℃<br>男 ・ 女 | 生年月日<br>昭・平・令　　年　　月　　日<br>年齢　　歳　　ヶ月 |
| 〒　　－<br>ご住所 | | 電話・携帯番号 |

| 質　問　事　項 | 回　答　欄 |
|---|---|
| 1 今日、お体に具合の悪いところはありますか | いいえ・はい（　　） |
| 2 けいれん、ひきつけを起こしたことはありますか | いいえ・はい（いつ頃ですか？　　） |
| 3 卵のアレルギーはありますか | いいえ・少しある・かなり強い |
| 4 予防接種で特に具合の悪くなったことがありますか | いいえ・はい（具体的に　　） |
| 5（女性の方に）妊娠、あるいは妊娠の可能性がありますか | いいえ・はい（何ヶ月ですか？　　ヶ月） |
| 6 その他、予防接種について医師に伝えたいことがありますか | いいえ・はい（　　） |

以上の問診・説明・診察の結果、予防接種をおこないます

| | |
|---|---|
| 医師名 | 本人または保護者の署名（必須） |
| Lot No　　ml　L ・ R | 接種日 |

当クリニックでは個人情報保護法に基づき、患者様からお預かりした情報を第三者に提供することは、一切ございません。

ひだの小児クリニック　0586-61-5580