

予防接種問診票

(様式2)

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 受診時体温 _____ °C 体重 _____ kg
 緊急連絡先 (本人以外の携帯電話等) _____ 受診時血圧 _____ 脈拍 _____

本日、体に具合の悪いところがありますか 症状：	はい	いいえ
最近1か月以内に何か病気にかかりましたか 病名：	はい	いいえ
最近1か月以内に何か薬を服用しましたか 薬名：	はい	いいえ
今までに病気 (心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、発育障害、免疫不全症、間質性肺炎、気管支喘息、他の呼吸器疾患、その他の病気) にかかったことがありますか 病名： _____ いつ頃： _____	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	いいえ	はい
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか いつ頃： _____ そのとき熱は あり なし	はい	いいえ
予防接種で具合が悪くなったことがありますか 症状： _____ いつ頃： _____ ワクチン名： _____	はい	いいえ
鶏肉、鶏卵など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ことがありますか	はい	いいえ
ゼラチン含有製剤やゼラチン含有食品に対してショック、じんましん、呼吸困難、口唇浮腫、喉頭浮腫などの過敏症を起こしたことがありますか	はい	いいえ
天然ゴム (ラテックス) 製品を使った際、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ことがありますか。また交差反応を起こす食べ物 (バナナ、キウイ、クリ、アボカド、メロン等) により、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
その他に薬や食べ物など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ことがありますか 症状： _____ いつ頃： _____ 薬や食べ物の種類： _____	はい	いいえ
それ以外に何かアレルギーや過敏症で重い症状がでたことはありますか? 具体的に： _____	はい	いいえ
注射や採血などの針を刺す医療行為で気分が悪くなったことはありますか?	はい	いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか? いつ： _____ ワクチン名： _____	はい	いいえ
最近6か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 いつ： _____ 理由： _____	はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ
近親者に予防接種で具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ
その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください (_____)		
女性の方へ：現在妊娠していますか 妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ
女性の方へ：予防接種後2か月間の避妊が可能ですか	いいえ	はい
女性の方へ：授乳中ですか	はい	いいえ

以下病院記入欄

①LOTシール	②LOTシール	③LOTシール	④LOTシール
右上腕 左上腕 mL in sc	右上腕 左上腕 mL in sc	右上腕 左上腕 mL in sc	右上腕 左上腕 mL in sc

備考 所見

接種者

接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

東京大学医科学研究所附属病院