

## 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種問診票

※太枠内をご記入ください

氏名		性別	男 ・ 女
住所	〒 -	電話番号	- -
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	診察前体温	度 分 (自宅・医院)

質問事項	回答欄		医師 記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み理解しましたか？	はい	いいえ	
今日、身体に具合が悪い所がありますか？ ある場合は、具体的な症状を書いてください。 ( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん・風しん・水ぼうそう・おたふく などの病気にかかった方がいますか？ 病名 ( )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名 ( ) 日時 ( 月 日)	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師に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	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ ( )	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい	いいえ	
接種を受けられる方が女性の場合 今妊娠している、あるいは妊娠している可能性がありますか？	はい	いいえ	
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？	はい	いいえ	
今日の予防接種について何か質問がありますか？ ( )	はい	いいえ	

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

ご本人記入欄	予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか？ ( はい ・ いいえ ) ご本人のサイン _____
--------	--

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種日時
ワクチン名： メーカー名： 製造番号：	0.5 mL 左 ・ 右	〒157-0062 東京都世田谷区南烏山 6-27-10 大黒ビル 1F しまだクリニック Tel: 03-5315-3366 平成 年 月 日 医師：島田 知則