

破傷風トキソイド予防接種問診票

※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 () 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