おたふくかぜ（ムンプス）予防接種問診票

任意接種用

診察前の体温	度　　分

住　所		TEL（　　）　　ー		
受ける人の氏名		男・女	生年月日	昭和　　年　　月　　日生 平成 （　　歳　　ヵ月）
保護者の氏名				

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説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
最近1か月以内に何かの病気で医師にかかったことがありますか。	ある（病名） 薬を飲んで（いる・いない）	ない	
1か月以内に家族や友達に麻疹・風疹・水痘・おたふくなどの病気にかかった方がいますか。	いる（病名）	いない	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名）	いいえ	
今までに薬や食べ物で皮ふに発しんがでたことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	ない	
今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　　回ぐらい 最後は　　年　　月ごろ	ない	
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・血液疾患、免疫不全、その他の病気）にかかり医師に診断をうけていますか。	いる（病名・主治医コメント）	いない	
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	
今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名　　） 症状：　　年　月ごろ	ない	
（ご婦人の方に）現在妊娠しておられますか。	はい（現在　　週）	いいえ	
今日の予防接種について何か質問がありますか。			

医師の記入欄　　医師のサイン

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）

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。 （はい・見合わせます）	小児：保護者のサイン 成人：本人又は代理人のサイン

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名
	皮下接種 mL	実施場所　鹿児島市鴨池2丁目4-1　TEL 099-254-0043 医療法人たけのこ会　みなみクリニック 医師名　南　武嗣 接種年月日　平成　　年　　月　　日