# 初めて来院された方にお聞きしたいこと

フリガナ

プラカフ お 名 前:	(男・女)	生年月日:平月	成 年 月	日 生
1カ月以内の渡航歴 あり / なし		現在の体重は、		Kg
<ol> <li>本日はどうなさいました?現在の症状に〇・熱( )日前から〔自宅で最高( )日前から・ぜーぜー ( )日前から・嘔 吐 ( )日前から( 回/・腹 痛 ( )日前から・喘息発作 ( )日前から・発 疹 ( )日前から(部位・その他(</li> </ol>	)℃ それ ・せ ・鼻み ´日) ・鼻づ ・下	はいつですか? き ( )   ず ( )   まり( )   痢 ( )		D/日) ) )
2. 他院で処方されて、飲んでいる薬・塗っている素・塗ってい。 (お薬手帳をお持ちの)				
3. 何か心配なこと、聞いておきたいことはご	ざいませんか?			
<ul><li>4. お薬の形態や回数などのご希望があればお (注:お薬の内容によっては、ご希望に添 形態:シロップ 粉末 錠剤 カブ 回数:2回/日 3回/日 指示書希 現在、保育所・幼稚園に通っていますか?</li></ul>	えないこともご ゚セル 望(あり な	U)		
5. 先天性の病気や、大きな病気で入院や手術	を経験したこと	はありますか?を	ある方はお書き	さください。
<ul><li>6. 今まで薬や食物、予防接種で具合が悪くな薬 :</li><li>食 物:</li><li>予防接種:</li></ul>	ったことはあり	ますか?ある方に	はお書きくださ	EU 1°

7. 普段のかかりつけの医療機関はどちらですか?

## 再診の方にお聞きしたいこと

フリガナ お 名 前:	(男・女) 生年月日:平成 年 月 日 生
1 カ月以内の渡航歴 あり / なし	現在の体重は、 約 Kg
1. 本日はどうなさいました?現在の症状に〇を・熱( )日前から〔自宅で最高( )日前から・ゼーゼー ( )日前から・嘔 吐 ( )日前から( 回/E・腹 痛 ( )日前から・喘息発作 ( )日前から・発 疹 ( )日前から(部位・その他( )日前から(部位 )日前から( )日前がら( )日前から( )日前がら( )日前から( )日前がら( )日前から(	<ul><li>)℃ それはいつですか?( )〕</li><li>・せ き ( )日前から</li><li>・鼻みず ( )日前から</li></ul>
	る薬・吸入薬などの名前をわかる範囲で、出来るだけ詳し は記入不要です。診察室で手帳をお見せください)
3. 何か心配なこと、聞いておきたいことはござ	いませんか?
4. お薬の形態や回数などのご希望があればお書 (注:お薬の内容によっては、ご希望に添え	

形態: シロップ 粉末 錠剤

現在、保育所・幼稚園に通っていますか?( はい いいえ )

回数: 2回/日 3回/日

#### みずぼうそう(1・2回目)おたふくかぜ(1・2回目) B型肝炎(1・2・3回目)日本脳炎(1・2・3・4回目)

## 任意予防接種 予診票

接種をされるワクチンすべてに丸をつけてください。

※お子様の場合には、健康状態を良く把握している保護者がご記入下さい。		診察前の体温		L		度	分	
住 所			-					
(ふりがな) 診察券番号								
受ける人の氏名	男	生年			年	月	日生	
保護者の氏名	女	月日		(満	歳		ヶ月)	

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで	いいえ	はい	
理解しましたか。			
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名)	いいえ	
	薬を飲んでいますか(いる・いない)		
4. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
5. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・	いる(病名)	いない	
血液疾患、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?			
6. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいま	はい	いいえ	
すか。			
7. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことが	ある 回ぐらい	ない	
ありますか。	最後は 年 月頃		
8. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や	ある (薬または食品の名前)	ない	
じんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことが			
ありますか。			
9. これまでに気管支喘息と診断され、現在、治療中	はい 年 月頃	いいえ	
ですか。	(現在治療中・治療していない)		
10. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪く	ある(予防接種名・症状	ない	
なったことがありますか。	)		
11.1ヶ月以内に家族や周囲ではしか、風疹、	ある(病名)	ない	
みずぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方が			
いますか。			
12. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名: 月 日	いいえ	
	)		
13. (ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
14. (接種を受けられる方がお子様の場合)	ある(具体的に)	ない	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありま			
したか。			
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておき			
たいことがあれば、具体的に書いてください。			

#### 医師の記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師のサイン 椿 俊和

播

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などに	保護者の署名(もしくは本人の署名)
ついて理解した上で、接種を希望しますか。	
(接種を希望します・接種を希望しません)	

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
		実施場所 医療法人社団武光会 つばきこどもクリニック
Lot. No.	規定量	医師名 椿 俊和
		接種日時 平成 年 月 日

### インフルエンザ 予防接種 予診票

※接種希望の方へ: 太枠内をご記入下さい。

※お子様の場合には、健康状態を良く把握している保護者がご記入下さい。		。    診察前	がの体温			度	分
住 所		電話番号(		)		_	
(ふりがな)	診察券	番号					
受ける人の氏名	男生	年 西暦	ź	F	月	日生	
保護者の氏名	女月	日	(満	虎	裁	ヶ月)	

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで	いいえ	はい	
理解しましたか。			
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン	いいえ(月日に1回目接種)	はい	
1回目ですか。			
3.今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名)	いいえ	
	薬を飲んでいますか(いる・いない)		
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・	いる(病名)	いない	
血液疾患、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?			
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいま	はい	いいえ	
すか。			
8. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことが	ある 回ぐらい	ない	
ありますか。	最後は 年 月頃		
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や	ある(薬または食品の名前)	ない	
じんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことが			
ありますか。			
10. これまでに気管支喘息と診断され、現在、治療中	はい 年 月頃発症	いいえ	
ですか。	(医療機関名 )		
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪く	ある(予防接種名・症状	ない	
なったことがありますか。	)		
12.1ヶ月以内に家族や周囲ではしか、風疹、	ある(病名)	ない	
みずぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方が			
いますか。			
13.1ヶ月以内に予防接種(新型コロナ等)を受け	はい(予防接種名: 月 日	いいえ	
ましたか。	)		
14. (ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子様の場合)	ある(具体的に)	ない	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありま ・・・・			
したか。			
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておき			
たいことがあれば、具体的に書いてください。			

#### 医師の記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師のサイン 椿 俊和・舘野規子

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などに ついて理解した上で、接種を希望しますか。 保護者の署名(もしくは本人の署名)

(接種を希望します・接種を希望しません)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所 医療法人社団武光会 つばきこどもクリニック
	0.5ml	医師名 椿 俊和
Lot. No.	0. 25ml	接種年月日
	左・右	