



# 急性中耳炎 確認票

診 察 日：

カルテ番号：



※保護者の方へ お分かりになる範囲内でお子さんについてお答えください。

お 名 前		性 別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	西暦 [       ] 年 [       ] 月 [       ] 日	年 齢	[       ] 歳 [       ] ヶ月	
お住まいになられている都道府県				

質問事項		回答欄
1.	耳の症状はいつ頃からありましたか？	[       ] 月 [       ] 日 頃
2.	「プレベナー」肺炎球菌ワクチンを接種されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい  <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
	● 「プレベナー」を接種されたことのあるお子さんにお伺いします。	
	これまでに何回接種されましたか？	[       ] 回 <input type="checkbox"/> 分からない
3.	一番最後に「プレベナー」を接種されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> およそ2週間以内である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上前である <input type="checkbox"/> 分からない
	その他の肺炎球菌ワクチン*を接種されたことはありますか？ 「はい」の場合には、その種類も教えてください。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない  ワクチンの種類を教えてください。 <input type="checkbox"/> PCV23 <input type="checkbox"/> PCV10 <input type="checkbox"/> その他 [       ]
	● その他の肺炎ワクチンを接種されたことのあるお子さんにお伺いします。	
4.	これまでに何回接種されましたか？	[       ] 回 <input type="checkbox"/> 分からない
	一番最後にその他の肺炎球菌ワクチンを接種されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> およそ2週間以内である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上前である <input type="checkbox"/> 分からない
	「ヒブワクチン」ヘモフィルスインフルエンザ菌b型（アクトヒブ）を接種されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 分からない
	● 「ヒブワクチン」を接種されたことのあるお子さんにお伺いします。	
	これまでに何回接種されましたか？	[       ] 回 <input type="checkbox"/> 分からない
	一番最後に「ヒブワクチン」を接種されたのはいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> およそ2週間以内である <input type="checkbox"/> およそ2週間以上前である <input type="checkbox"/> 分からない

裏に続きがあります。↓

