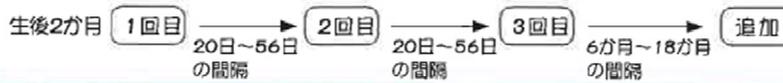


5種混合 1期(1回目・2回目・3回目)・追加 予防接種予診票

(記入例)

標準的接種スケジュール



※この枠の中に整理番号を記入してください。

整理番号 (マイナンバーではありません)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※保護者が太枠の中をボールペンで記入ください。

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所	接種日現在、住民登録されている住所をご記入ください。 ※市外に転出した場合は使用できません。			5種混合の接種回数			
フリガナ	男	TEL	()	1	年	月	日
受ける人の氏名	女	生年	年	2	年	月	日
保護者の氏名	保護者の氏名			3	年	月	日
	月	日	(満 歳 か月)	追加	年	月	日

※母子健康手帳を必ず確認の上、今までに接種した日を記入ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について「予防接種と子どもの健康」などを読みましたか	はい	いいえ	
2. お子さんは、4種混合の接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
3. お子さんは、ヒブ(Hib)の接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
4. 体温は何度ですか	健康なとき 度 分	昨夜の体温 度 分	今朝の体温 度 分
5. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g ・分娩時に異常がありましたか ・出生後に異常がありましたか ・乳児健診で異常があると言われたことがありますか	あった	なかった	
6. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
7. 最近1か月以内に病気がかりましたか 病名() 月 日～ 月 日 服薬 有・無	はい	いいえ	
8. 1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名() 月 日 家族、遊び仲間	はい	いいえ	
9. 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() いつ(月 日)	はい	いいえ	
10. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の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	
11. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか (歳 か月頃)	はい	いいえ	
そのとき、熱が出ましたか	はい	いいえ	
12. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬品名() 食品名()	はい	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
14. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	ある	ない	
15. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
16. 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	はい	いいえ	
17. 今日の予防接種について質問がありますか()	はい	いいえ	

医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせの方がよい）と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。	医師署名又は記名押印
---	------------

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに（同意します・同意しません）※かつこの中のどちらかを○で囲んでください この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します	保護者自署 代理者（同伴者）の氏名
---	----------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・実施年月日 (実施を見合わせた場合も記入してください)	
ワクチン名 Lot No.	(皮下接種・筋肉内接種) 0.5ml (接種部位) 右・左	<input type="checkbox"/> 同時接種	実施場所 医師名 実施年月日
最終有効年月日		<input type="checkbox"/> 単独接種	年 月 日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。